Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 32. 5. sierpnia 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

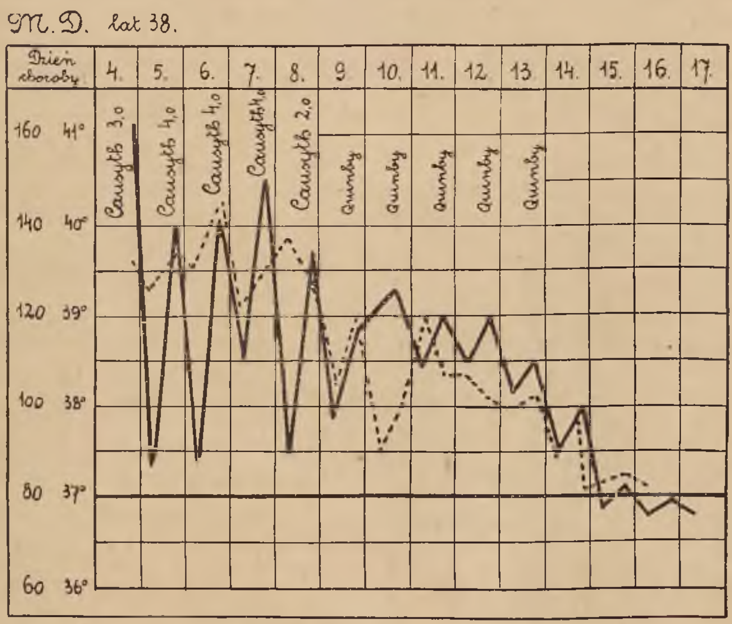
Dr. Janusz PETER. Dyr. Szpitala. Tomaszów Lubelski.

Uwagi o durze osutkowym i jego leczeniu.

Dokończenie.

Największa ilość, a mianowicie ponad 50 chorych na dur osutkowy leczonych było obok środków nasercowych i lekko wykrztuśnych preparatem Quinby, wprowadzonym do leczenia duru brzusznego przez Sahliego.

U „osutkowców" powyżej lat 10 stosuję pół ampułki co trzeci dzień, od lat 15 ampułka co drugi dzień, u starszych odeń codziennie jedna ampułka domięśniowo przez 7—8 dni, później co drugi-trzeci dzień. Nie stwierdziłem przytem żadnych ubocznych działań. Zastrzyków nie przerywałem nawet wówczas, kiedy wystąpił niskoprocentowy białkomocz, znikający, jak dotąd zresztą, po spadku do normy temperatury. Ze zmarłych w okresie leczenia tym preparatem jeden był przywieziony w bardzo ciężkim stanie tak, że zdołaliśmy uczynić jeden zastrzyk, drugi żył trzy dni, lecz stan był tak ciężki, że pewnym się było złego wyniku. Z dwojga dalszych śmiertelnych przypadków jeden liczył około 60 lat, drugi około 70.

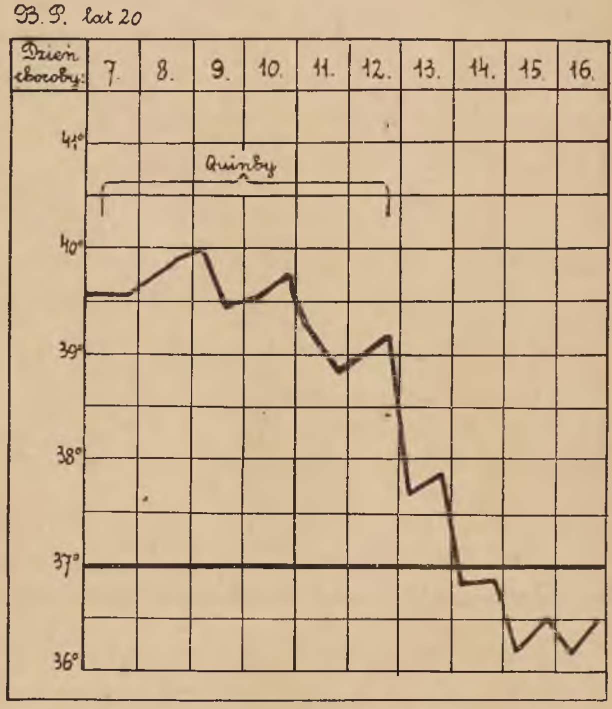


Ryc. 2.
M. D. lat 38. Kauzyt spowodu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego odstawiono po 5 dniach, przechodząc do Quinby.

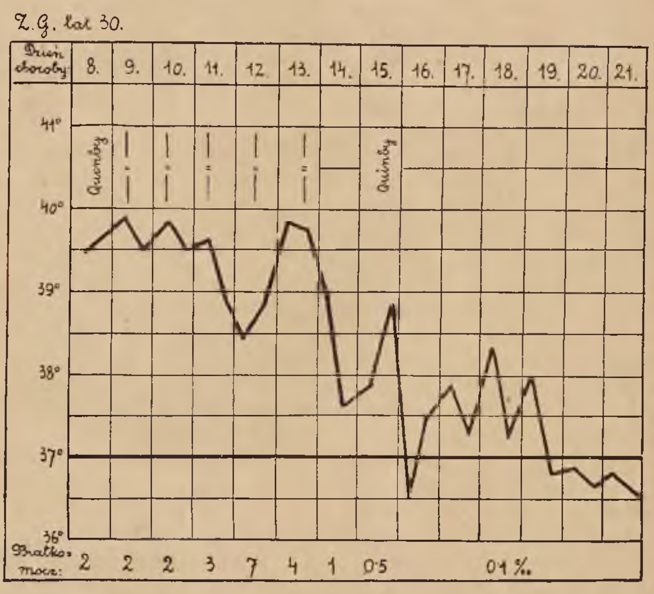
Czas trwania choroby pod wpływem Quinby nie ulegał skróceniu. Naogół natomiast przebieg choroby wydawał się daleko łagodniejszym, aniżeli u nieleczonych tym sposobem. Załączone wykresy niczem prawie nie różnią się od wykresów gorączkowych „osutkowców", leczonych bez Quinby. Właśnie z tego powodu wielu lekarzy znajomych zajmuje wstrzemięźliwe stanowisko względem tego środka. Na podstawie mego dotychczasowego zestawienia dla duru brzusznego i osutkowego jest on jednakże godnym polecenia. Stuprocentowym środkiem zadawalającym lekarzy być nie może. Wszak jest tylko małem ogniwem w plejadzie leków, owa zaś wielka ilość świadczy tylko o ich zawodności, jeśli się nie ma zamiaru wyliczania innych momentów.

Kończąc na próbach wakcyno- i seroterapeutycznych, zgóry zaznaczę, że jeśli nie dziś, to w przyszłości okażą się one daleko skuteczniejszemi w zwalczaniu rozwiniętego duru osutkowego. Jeśli w dobie obecnej nie spełniają pokładanych nadziei, to przypisaćby to należało tej okoliczności, iż nie znamy sposobu hodowli zarazka duru osutkowego na sztucznej pożywce.

O ile nawet nie dostrzegałem przy pomocy surowicy ozdrowieńców wyraźnych efektów, choćby w postaci obniżki ciepłoty, czy skrócenia czasu trwania choroby, to jednak stosowałem ją



Ryc. 3.
P. B. lat 20. Quinby codziennie przez 6 dni.

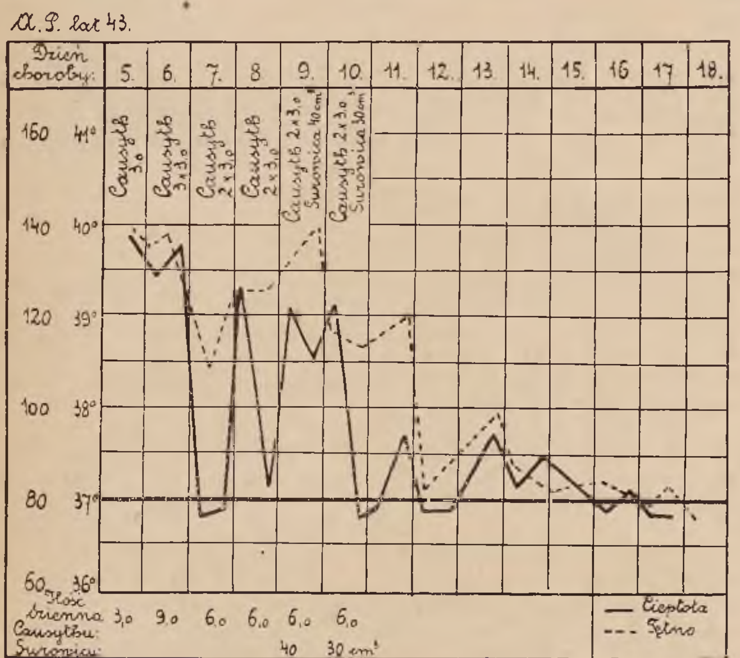


Ryc. 4.
Z. G. lat 30. Leczenie Quinby pomimo białkomoczu wynoszącego w niektórych dniach 4 i 7‰. Przez 6 dni zastrzyki codzienne: ostatni po jednodniowej przerwie.

i chętnie nadal stosuję, o ile tylko nią rozporządzam. Surowice z dodatnim Wassermannem dla zrozumiałych powodów nie mogą być spożytkowane, choćby pochodziły od osobników niewątpliwie niezakażonych przymiotem. Pobocznie występuje O W

dodatnio najczęściej w okresie, kiedy choroba jest najsilniej rozwiniętą, podobnie, jak w innych chorobach zakaźnych, stając się ujemnym podczas rekonwalescencji. Nierzadko jednak i w tej ostatniej utrzymuje się dość długo tak, że dla pewności, pomimo słabnięcia reakcji, rezygnuję z podobnej surowicy.

Uzyskuje się ją w zwykły sposób przez umieszczenie pobranej krwi na kilkanaście godzin w chłodni i w niej też powinna być przechowywana.

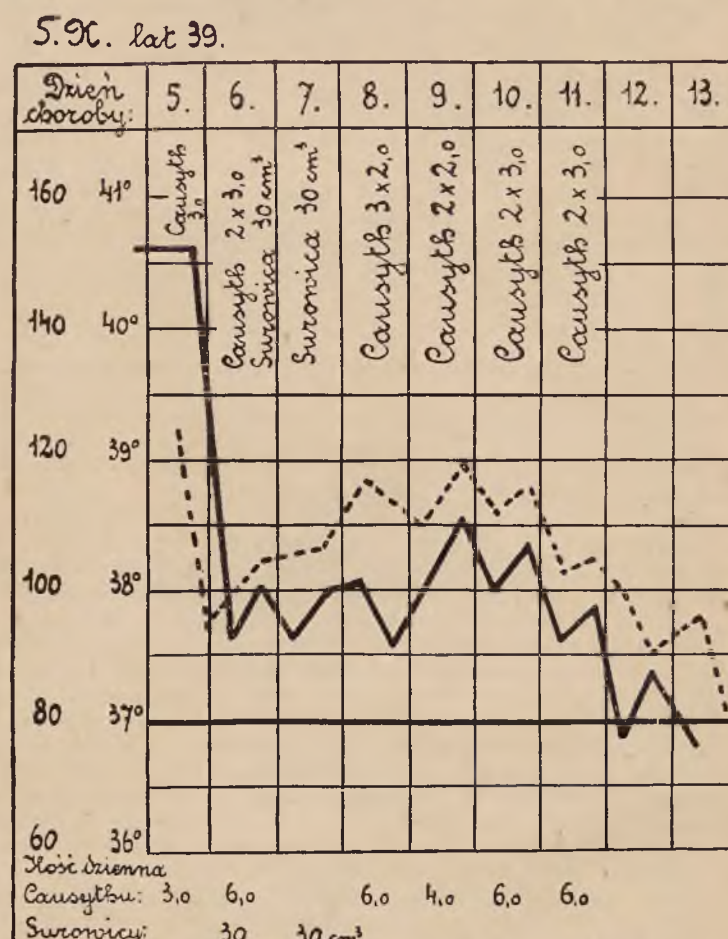


Ryc. 5.
P. A. lat 43. Leczenie kauzytem i surowicą.

Większą wagę przywiązuję do surowic wysokoaglutynujących pał. odmieńca X_{19}, np. 1 : 1000,1500, aczkolwiek istota odczynu Weil-Felixa pozostaje w takim stosunku do duru plamistego, jak Wassermanna do kiły. Bardzo często wysokie miano aglutynacyjne nie idzie w parze z ciężkością przebiegu choroby. Surowica od takiego ozdrowieńca może być pełnowartościową. W tym wypadku opieram się na nieuzasadnionem przypuszczeniu, że równolegle do wysokości tego miana idzie siła mobilizacyjna sił obronnych przeciw swoistemu zarazkowi. Na korzyść podobnego spekulatywnego przypuszczenia przemawiałby fakt, że w przypadkach niezbyt ciężkich miano aglutynacyjne jest wysokie, w ciężkich natomiast aglutyniny tworzą się powoli, jakby z trudnością. Może być mylnem, gdyż w ciężkich przypadkach u szczytu choroby z wysoką temperaturą pał. odmieńca X_{19} mogą mieć nieszczególne warunki do ilościowego rozwoju, a tem samem miano jest niskie i t. p. W każdym razie wychodzę z założenia, że surowica ozdrowieńców bodaj częściowo zobojętnia toksyny zarazków. Przemawiałyby za tem *per analogiam* rozliczne doświadczenia na zwierzętach. Np. H. Grossa, który zdołał utrzymać je przy życiu pomimo zaaplikowania dwukrotnie silnej dawki śmiertelnej jadu, uzyskanego z 6-ciu rozmaitych szczepów duru brzusznego, przy pomocy surowicy ochronnej nawet w rozcieńczeniu 1 : 300. A. Rodet uzyskał dobre wyniki w leczeniu duru brzusznego przy pomocy surowicy uzyskanej z koni, które uodparniał dożylnemi wlewaniami hodowli pałeczek Ebertha. W przypadkach leczonych od pierwszych sześciu dni choroby osiągnął skrócenie czasu trwania choroby ze znikomą śmiertelnością. Jeśli przy pomocy surowicy ozdrowieńców nie osiągałem w durze osutkowym widoczniejszych efektów, to przypisywałbym to tej okoliczności, iż pobierałem krew od ozdrowieńców w 3—6 dni po zupełnym spadku ciepłoty. Byłem zmuszony do tego, gdyż chorzy samopłacący za leczenie w szpitalu starają się ze względów oszczędnościowych jaknajrychlej opuścić szpital. O to samo zabiegają również i gminy, jeśli chodzi o osobników leczących się na ich koszt. Dodać trzeba, że osutkowcy należący do ostatniej kategorji są stosunkowo nieliczni, przynajmniej w ostatnich latach. Znając położenie finansowe jednych i drugich trudno odmawiać ich życzeniu. Uwaga A. Rodeta, tycząca się jaknajwcześniejszego stosowania surowicy w durze brzusznym zdaje się dotyczyć również w pełni duru osutkowego. Zresztą podkreśla ważność tego G. Mayer na podstawie danych, zebranych podczas epidemji w czasie Wielkiej Wojny w Armenji. Według niego pobieranie krwi od ozdrowieńców należy przeprowadzać w 8—14 dni po zaniknięciu wszelkich objawów chorobowych. Niestety uzyskanie krwi w czasach obecnych od ozdrowieńca, który opuścił szpital, należy do wyjątków. Mówiąc o powyższem, mam na myśli nie pobranie krwi do przeprowadzenia badania serologicznego, lecz we większej ilości dla celów leczniczych. Problem ten nasuwa daleko większe trudności, aniżeli podczas wojny, kiedy w obozach koncentracyjnych i w barakach epidemicznych wiele o zdanie czyjeś nie pytano. Pozatem wówczas rozporządzano nieporównanie większym materjałem, aniżeli go dostarczają teraźniejsze, sporadycznie wybuchające, niewielkie epidemje.

Surowicę ozdrowieńców zastrzykuję podskórnie. lub domięśniowo, albo co trzeci dzień w ilości $^1/_2$ cm³ na kg wagi ciała, albo przez 5—6 dni codziennie po 10—20 cm³.

W 11 przypadkach duru osutkowego zastosowałem leczniczo szczepionkę Weigla. Wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Trzy dotyczyły chorych we wieku 60—70 lat, dwa od 50—60 lat, reszta poniżej. Wbrew zdaniu niektórych, podających w wątpliwość wartość szczepionki Weigla, zasługuje ona na pełne poparcie na podstawie mych dotychczasowych spostrzeżeń. *N. b.* głównie użyta zapobiegawczo. Dowód oczywisty dla mnie w tem, że z personelu szpitalnego, szczepionego ochronnie nikt nie zapadł na dur osutkowy, pomimo ciągłej styczności z chorymi na dur osutkowy i ich rzeczami, nie licząc kilkunastu szczepionych urzędników sejmikowych i innych, mających większą styczność ze stronami. Najlepsze potwierdzenie jej wartości uzyskałem szczepiąc troje dzieci, odebranych od obficie zawszonych matek, z któremi, nawet gdy matki zapadły na dur osutkowy, razem spały. Dwoje we wieku 12 miesięcy, jedno czteroletnie, jedno 8-letnie. Zwłaszcza bardzo przekonywującym przykładem były oba oseski, karmione piersią matek, pomimo że ukończyły oba 1 rok życia po myśli rozpowszechnionego w tutejszym powiecie zwyczaju karmienia aż do ukończenia 2 pełnych lat. Dzieci te odłączono natychmiast po przywiezieniu chorych matek do szpitala, wykazujących typową silnie rozwiniętą osutkę na całem ciele. W bieliźnie matek i dzieci pełno robactwa. Licząc się z tem, że do wylęgnięcia choroby u oseskow pozostaje około 6 dni, poddałem je natychmiastowemu szczepieniu zapobiegawczemu, by uprzedzić wybuch choroby. Dwoje pozostałych dzieci biorę pod uwagę oddzielnie, pomimo że dzieliły stale łoże z cho-



Ryc. 6.
St. K. lat 39. Leczenie kauzytem i surowicą.

rymi na dur osutkowy (których przywieziono do szpitala ze silnie rozwiniętą chorobą), gdyż mogłyby już poprzednio przechodzić dur osutkowy, np. w poronnej, względnie słabszej postaci, choćby rodzice zapewniali, że wogóle dotąd nie chorowały. W obu przypadkach ostatnich dzieci te były zawsze zdrowe, nie przechodziły poprzednio żadnej choroby, więc ewentualny zarzut przebycia duru osutkowego powinno się odrzucić.

U wszystkich czterech przeprowadziłem szczepienia ochronne w terminach przyspieszonych. Jeden osesek otrzymywał po 1 cm³ (od numeru pierwszego poczynając z trzyampułkowego asortymentu) co drugi dzień, drugiemu czyniłem zastrzyki codziennie po pół cm³. Oba sposoby niczem nie osłabiały oseskow. Zachowywały się one prawidłowo, apetyt miały doskonały i nie wykazywały żadnych ogólnych odczynów, poza nieznacznemi miejscowemi w miejscu szczepień, podobnie zresztą jak u starszych, pobierających szczepienia.

Pozatem szczepionkę Weigla stosowałem leczniczo w 8 przypadkach, we wczesnym okresie duru osutkowego, kiedy zaczęły pojawiać się na skórze plamki (5 osobników) z poprzednim pobraniem krwi na Weil-Felixa, który wypadł dodatnio, u trzech pochodzących z gniazda chorobowego w 2—4 dniu choroby w przypuszczeniu duru osutkowego, który zresztą dalszy przebieg potwierdził. Stosowanie szczepionki u pierwszych nie wpłynęło na zmniejszenie, względnie zblednięcie osutki, również i u drugich była widoczną, być może, w nieco słabszym stopniu. W większości przypadków, leczonych tym sposobem (obok jednocześnie zastrzykiwanego Quinby, kamfory i t. p.) przebieg był łagodniejszy. Jedna 53 letnia chora już po drugiem szczepieniu pomimo gorączki, utrzymującej się pomiędzy 38—38,5° codziennie wstawała i krzątała się po sali, pomagając innym chorym, a po trzeciem czuła się tak dobrze, że zabrała się do naprawiania bielizny. Skrócenie choroby było u niej wyraźne, u innych natomiast nie zauważyłem go.

Ponieważ szczepionkę trudno dostać i jest drogą, a rozporządzałem jedynie niewielką ilością, która pozostała mi po tych, którzy nie chcieli się poddać szczepieniu ochronnemu, wybierałem jedynie te przypadki, u których stwierdziło się przy wstępnem badaniu: 1) wynędznienie, 2) niedomagania narządu krążenia, 3) przedewszystkiem brałem pod uwagę daleko posunięty wiek chorego. Ostatni punkt jest bardzo ważny jeśli się wie o ogromnej śmiertelności z duru osutkowego u ludzi starszych.

Z leczonych w ten sposób wszyscy szczęśliwie przebrnęli chorobę. Zrozumiałą jest rzeczą, że podobne leczenie nie może być niezawodne. Za małą ilością przypadków rozporządzam, a pozatem należałoby uwzględnić tegoroczną epidemję duru osutkowego, którą ogólnie sklasyfikowano jako łagodną. W każdym razie metoda taka w leczeniu duru osutkowego mogłaby wchodzić w rachubę, gdyby nie względy praktyczne. Jest za kosztowną.

Wstrzykiwania szczepionki nie są bolesne. Tak u zdrowych, jak i u gorączkujących poza lekkiemi (niezawsze) miejscowemi brak odczynów ogólnych.

Wytłumaczenie dodatniego wyniku ze szczepionką próbowałbym oprzeć na tem, że w początkowym okresie choroby zarazek duru osutkowego znajduje się we krwi w niewielkiej jeszcze ilości. Dlatego też wytwarzanie się przeciwciał jest również niewielkie. Wprowadzenie większych ilości zabitych bakteryj wzmaga tworzenie się przeciwciał i odporność ustroju wzrasta.

Należałoby oczekiwać ze strony Min. Opieki Społecznej przydziału dla szpitali odpowiedniej ilości szczepionki Weigla, którąby można było stosować w:. 1) w przypadkach podejrzanych, nie czekając aż zostaną serologicznie ustalone, 2) we wczesnym okresie choroby, stwierdzonej klinicznie, lub serologicznie, by zebrane na większym materjale doświadczenia mogły bardziej pewne światło rzucić na wartość leczniczą tej szczepionki.

St. OSTROWSKI. Lwów.

Porównawcze badania odczynu tuberkulinowego Mantoux w gruźlicy skóry.

Z oddziału skórnego męskiego Państw. Szpitala Powszechnego. Ordynator: Doc. Dr. St. Ostrowski.

Dokończenie.

Pospolita gruźlica skóry.

Drugą grupę badań stanowią przypadki (62), tyczące chorych dotkniętych pospolitą gruźlicą skóry. W skład tej grupy wchodzą różne postacie tego schorzenia, a zatem formy płaskie i wyniosłe, rozpadowe i ze skłonnością do bliznowacenia. Zmianom tym towarzyszyły niejednokrotnie swoiste zmiany na błonach śluzowych. Najczęściej spotykaliśmy zmiany ograniczone, mniej było chorych ze zmianami rozsianemi, obejmującemi większe obszary skóry. Czasem towarzyszyły rozległym zmianom gruźlicy skóry również zmiany w kościach. Przeważnie mieliśmy chorych, u których zmiany chorobowe dotyczyły skóry twarzy a zwłaszcza nosa, rzadziej wargi górnej, szyi lub małżowiny usznej. Mniej często zajęte były kończyny górne lub dolne, rzadko zaś tułów. Nie wdając się w omawianie cech konstytucjonalnych naszych chorych, ich zawodu czy warunków zdrowotnych należy podkreślić, że przeważnie rekrutowali się ze wsi. Na podstawie statystyki mojego oddziału, sporządzonej za okres 1928—1932, przypadło na ogólną ilość 782 chorych, 153 mieszkających we Lwowie, reszta pochodzi ze wsi lub miast i miasteczek okręgu rolniczego. Wypada zaznaczyć, że spośród chorych miejskich przewagę stanowi element napływowy ze wsi, osiedlony w mieście w pierwszem pokoleniu. Chorzy na gruźlicę skóry tworzą w wielkiem mieście gromadę, należącą przeważnie do miejskiej biedoty. Ledermann na 1302 przypadków gruźlicy skóry stwierdził, że 55.1% pochodzi ze wsi, która usposabia do zakażenia typem bydlęcym. Doerner twierdzi, że gruźlica jest równie częsta w mieście, jak i na wsi i rozszerzenie pospolitej gruźlicy skóry idzie w parze z nasileniem gruźlicy ludzkiej a nie bydlęcej. Fonss, badając stosunki zdrowotne w Danji, doszedł do wniosku, że w schorzeniu pospolitej gruźlicy skóry niema przewagi ludności wiejskiej nad miejską.

Jeżeli chodzi o badania bakterjologiczne pospolitej gruźlicy skóry, należy wymienić badania angielskiej komisji: (1911) na 20 przypadków *lupus v.* znaleziono 11 razy prątka t. ludzkiego, 9 zaś razy typu bydlęcego. Wyniki Instytutu R. Kocha (berlińskiego) (1912) wykazują na 28 przypadków *lupus v.* w 23 przypadkach prątka typu ludzkiego, zaś w 4 przypadkach typu bydlęcego. W jednym przypadku stwierdzono w hodowli z 2 różnych ognisk gruźlicy skóry — raz prątka t. ludzkiego, drugi t. bydlęcego (Rothe i Bierotte). Ostatnio z badań Stuerza, dokonanych w tym samym Instytucie wynika, że na 21 przypadków gruźlicy skóry — 5 przypadków dało w przeszczepieniu i hodowli wynik ujemny, u 6 chorych z *Tbc. luposa* i 1 z *tbc. colliqu.* wykazano prątka t. ludzkiego, zaś u 8 chorych prątka t. bydlęcego. Na 47 przypadków Zieler i Haemmel stwierdzili — w 41 przyp. prątka t. ludzkiego, w tem 34 przyp. *lupus v.*, 2 przyp. *colliqu.* — *tbc. verruc.*, 4 przyp. tuberkulidów zaś w 6 przyp. prątka t. bydlęcego w tem 4 przyp. *tbc. lup.* 1 *tbc. colliq.* Ledermann podnosi szczególnie silny udział prątka t. bydlęcego w gruźlicy skóry. Zdaniem tego autora prątek gruźlicy t. bydlęcego może wywołać wszystkie postacie gruźlicy skóry. Zestawienie cyfrowe badań bakterjologicznych przeprowadzone w pracowniach w różnym okresie czasu pozwala ustalić:

Tablica IV.

Różniczkowanie typów prątka pospolitej gruźlicy skóry. (Tablica uzupełniona według Ledermanna).

Autor	Prątek ludzki	Prątek bydlęcy
Weber	1	—
Burckhardt	1	—
Rothe - Bierotte	23	4 (I. Th. — Tb)
Bierotte	9	1
Kirchner	9	12
Rabinowitsch	12	3
Klin. Jadassohna	55	6
Klingmüller - Stuerz	6	6 (I. Th. — Tb)
Klingmüller - Stuerz	1	1
Zieler - Haemel	34	4
Kom. Angielska	11	9
Burnet	10	—
Gosio - Vidaldi	10	—
Henscher	1	—
Andersen	19	3
Holland	30	2
Park - Krumwiede	1	—
Ledermann	8	2
	241	53

Są to wyniki, oparte na jeszcze dość skąpym materjale chorych, które pozwalają jednak przyjąć, że prątek typu bydlęcego występuje w gruźlicy skóry dość często i stąd można przyjąć, że odsetek gruźlicy wywołanej prątkiem bydlęcym jest wyższy niż 10—15%, powtóre, że spotykamy go niemal równie często w gruźlicy skóry pospolitej jak w gruźlicy brodawczastej, dalej zdarza się, że u tego samego chorego może być symbioza prątków, gdyż z różnych ognisk można wyhodować 2 rodzaje prątka

a zatem typu ludzkiego i typu bydlęcego, wreszcie, że w dość znacznym odsetku przypadków gruźlicy skóry hodowla i przeszczepianie dają wynik ujemny.

Przechodząc do zachowania się odczynów w pospolitej gruźlicy skóry po 3 rodzajach tuberkuliny, wprowadzonej metodą Mantoux spotykamy następujące stosunki:

	T. H.		T. B.		T. A.	
—	0	= 2	6	= 13	20	= 48
±	2		7		28	
+	36		33		12	
++	16	= 60	13	= 49	2	= 14
+++	8		3		0	
	62		62		62	

Biorąc pod uwagę jedynie dodatnie wyniki (+, ++, +++) zaliczamy odczyny niepewne (ślad ±) do ujemnych. W ten sposób ilość (2) odczynów ujemnych po T. h. wzrasta 6-krotnie po T. b., zaś 24-krotnie po T. a. Stosunek ogólny odczynów dodatnich odpowiada ca 100% : 80% : 25%, z tem, że utrzymuje się jednakowe nasilenie w miernym (+) odczynie tuberkulinowym (3,6 : 3,3 : 1,2), równowaga w odczynie silnym (++) między odczynem po T. h. i T. b., a spadek po T. a. (1,6 : 1,2 : 0,2) i przesunięcie skali odczynów wybitnie silnych po T. h. na niekorzyść ilościową odczynów po T. b. (0,8 : 0,3 : 0).

Stopniowanie odczynów nie ma, jak już powiedzieliśmy, istotnego znaczenia, jeżeli chodzi o osobnika, bo w zachowaniu odczynu na alergen np. tuberkulinowy ważnem jest, czy odczyn wypadł dodatnio czy ujemnie. Stopień, siła odczynu mogą być brane pod uwagę jedynie w przypadku porównywania podobnych odczynów u wielu ludzi. Miara ta jedynie w przybliżeniu wskazuje, jaki był stopień nasilenia odczynu u szeregu ludzi, nie mówi zaś o istocie samego odczynu.

Porównywanie nasilenia odczynów nabiera znaczenia, jeżeli chodzi o zachowanie się odczynu po innych, grupowo podobnych alergenach np. po tuberkulinie bydlęcej lub ptasiej. Z zestawienia naszych badań wynika, że dodatni odczyn po T. b. był słabszy (++) u chorych, u których odczyn po T. h. był wybitnie silny, zaledwie w jednym przypadku odczyn T. b. był wybitnie silny wśród dodatniego (+) odczynu T. h., zaś w 2 przypadkach wśród silnego odczynu (++) T. h. Stopień natężenia przeważnej ilości odczynów, nie mówiąc o odczynach ujemnych, był podobny (+) po T. b. i T. h. Po tuberkulinie ptasiej odczyn w zestawieniu z odczynami po T. b. a zwłaszcza po T. h. wypadł przeważnie ujemnie. Odczyn ujemny po T. a. notowaliśmy nawet w przypadkach wybitnie silnego lub silnego odczynu po T. h. Równocześnie silnie dodatni odczyn T. a. notowaliśmy w jednym przypadku silnego i w jednym przypadku wybitnie silnego odczynu T. h. Odczyn ujemny T. a. wśród silnego odczynu T. h. przemawia przeciw zetknięciu się danego osobnika z prątkiem typu ptasiego. Odwrotnie możnaby powiedzieć na podstawie tej o dodatnim odczynie T. b., gdyby wypadł wśród ujemnego odczynu T. h. i T. a., że ustrój chorego zetknął się jedynie z prątkiem typu bydlęcego. Raz tylko w naszym materjale odczyn T. b. był silniejszy, niż odczyn T. h. wśród ujemnego odczynu T. a. Naogół istnieje pewna równoległość w zachowaniu się odczynów T. h. i T. b. i znaczne różnice w porównaniu z odczynem T. a. Nie notowaliśmy ani razu dodatniego odczynu występującego tylko po T. a., jak nie było w naszych przypadkach dodatniego odczynu tylko po tuberkulinie bydlęcej.

Podobieństwo i różnice, jakie zachodzą w odczynach śródskórnych po 3 rodzajach tuberkuliny — nie pozwalają na wyciąganie wniosków co do różniczkowego oddzielania pospolitej gruźlicy skóry pod względem rodzaju prątka, nie pozwalają — bez hodowli i przeszczepiania (Zieler) określić, czy wywoływa schorzenie prątek typu ludzkiego czy może typu bydlęcego lub ptasiego. Można jednak z pewnem prawdopodobieństwem ustalić, 1) że każdy dodatni odczyn tuberkulinowy jest dowodem swoistej alergji, 2) że każdy towarzyszący T. h. dodatni odczyn tuberkulinowy T. b. i T. a. nie przemawia przeciw możliwości zetknięcia się ustroju ludzkiego z prątkiem typu bydlęcego lub ptasiego lub symbiozy różnych prątków w ustroju chorego, 3) różnice zachodzące w odczynach nie dają podstawy do określenia dodatnich odczynów po 3 rodzajach tuberkuliny jako zespół grupowy.

Stąd wydaje się, że mylne jest porównanie Zielera odczynów tuberkulinowych i hodowli. Skoro dodatni odczyn tuberkulinowy po T. b. nie odpowiada natężeniem mimo stwierdzenia prątków typu bydlęcego, a nawet gdy odczyn wyjątkowo jest w tym razie silny lub gdy wypadnie słabo przy silnym równocześnie odczynie T. h., nie można pierwszej ani trzeciej możliwości uważać jako bezwartościowe, zaś drugiej przypisywać istotne znaczenie. Na podstawie tego, co powiedzieliśmy poprzednio o stopniowaniu odczynów, można zdaje się raczej przypuścić, że każdy dodatni odczyn po T. b. odpowiada osobniczej alergji i że na podstawie każdego z tych odczynów można myśleć jedynie o zetknięciu się lub obecności prątka typu bydlęcego w ustroju lub skórze gruźliczo zmienionej chorego.

Jeżeli zaś chodzi o współczesność odczynów tuberkulinowych po T. b. i T. h., gdy w hodowli wyrosną prątki t. bydlęcego, można przyjąć, że istnieje symbioza prątka t. ludzkiego i t. bydlęcego z tem, że w hodowli nie daje się wykazać obu typów, albo że zachodzi odczyn grupowy — skutek wspólnoty biologicznej obu typów prątka bądź ich tuberkuliny.

Gruźlica brodawczasta, gruźlica wrzodziejąca.

Na osobne omówienie zasługuje gruźlica brodawczasta lub towarzysząca pospolitej gruźlicy skóry. Wchodzą tu 2 przypadki gruźlicy brodawczastej właściwej oraz 2 przypadki w postaci, opisanej przez Jadassohna jako *tbc. fungosa serpiginosa*, którą Levandowsky zalicza od odmiany gruźlicy brodawczastej. W tej postaci gruźlicy skóry uważa się prątka typu bydlęcego, jako przyczynę schorzenia (Joseph, Trautmann, Wichmann). Gruźlica brodawczasta uchodzi dzisiaj niemal jako zawodowe schorzenie rzeźników (Wichmann, Jadassohn) w następstwie zakażenia w czasie uboju chorego bydła lub też przeniesienia prątka gruźlicy w produktach mlecznych (Heller). Dotychczasowe badania ustaliły odsetek schorzeń gruźlicy skóry na tle zarazka bydlęcego na 8—15% (Rothe, Bierotte).

Tablica V.

Różniczkowanie typu prątka w gruźlicy brodawczastej.
(Tablica uzupełniona według Ledermanna).

Autor	Prątek ludzki	Prątek bydlęcy
Bierotte	5	—
Kleine	—	5
Moellers	1	1
Kirchner	2	—
Oeblecker	1	—
Klin. Wrocławska	1	2
Stuerz	—	2
Gosio - Vivaldi	4	—
Hess	—	2
Lewiss	—	1 *sputum* Th.
Spronek	—	1
Andersen	3	—
Fibiger	—	1 *sputum* Th.
Rawend	—	1
Ross	—	1
Zieler - Haemel	1	—
	18	17

Z zestawienia naszego wynika, że odsetek zarazka typu bydlęcego jest równie częsty w gruźlicy brodawczastej, jak zarazka typu ludzkiego. Odnosi się to jednak nietylko do tych postaci gruźlicy, ale i w pewnym stopniu do pospolitej gruźlicy skóry jak i do gruźlicy rozpływnej.

Zarazek tego typu nie jest zatem przywilejem brodawczastej gruźlicy skóry.

W naszych przypadkach wszyscy chorzy tej grupy mieli dodatni odczyn po tuberkulinie ludzkiej, a tylko jeden wykazał odczyn po tuberkulinie bydlęcej. Jeden z chorych był badany kilkakrotnie w różnych odstępach czasu, przyczem za każdym razem odczyn po tuberkulinie ludzkiej był dodatni zaś po bydlęcej był ujemny. Jeżeli porównamy zachowanie się odczynów tuberkulinowych u chorych z gruźlicą brodawczastą z odczynami u chorych z gruźlicą rozpływną, stwierdzimy u pierwszych chorych, że stopień odczynu po T. h. jest naogół słabszy a przeważnie bywa ujemny po T. b., gdy w przypadkach gruźlicy rozpływnej zbieżność odczynów po T. h. i T. b. jest wysoka. Zachodzą zatem w obu grupach wyraźne różnice. Jeżeli w grupie gruźlicy rozpływnej znajdujemy oddziaływanie na oba typy tuberkuliny, można sądzić, że istnieje oddziaływanie grupowe, albo że obok uczulenia na jad ludzki występuje uczulenie na jad bydlęcy. Spostrzeganie zbieżności przebiegu odczynu w tej grupie jest znamienne, zwłaszcza że w gruźlicy brodawczastej stwierdzamy od-

chylenie w zachowaniu się odczynów. Obserwacja ta zasługuje tem bardziej na uwagę, że w gruźlicy brodawczastej przyczynę schorzenia upatrujemy w zakażeniu prątkiem typu bydlęcego.

Skąpy materjał chorych tej grupy, jak również odchylenie w klasycznej postaci gruźlicy brodawczastej mogą budzić pewne zastrzeżenia. Dodajmy też, że bez hodowli i doświadczenia na zwierzętach nie wolno dochodzić do wniosku, jaki rodzaj prątka wywołał u danego chorego schorzenie gruźlicze. Niemniej zachowanie się odczynów tuberkulinowych po obu jadach jest znamienne, zwłaszcza że badania odczynów przeprowadzaliśmy w różnych okresach a zatem bez jakiegokolwiek uprzedzenia. W jednym przypadku tej grupy odczyn po tuberkulinie bydlęcej był silniejszy (++) w porównaniu z odczynem po tuberkulinie ludzkiej. W tym przypadku jak i drugim wystąpił również dodatni odczyn po tuberkulinie ptasiej, w dwu innych zaś do odczynu nie doszło.

W dwu przypadkach gruźlicy wrzodziejącej, której towarzyszyło wyniszczenie i zmiany w narządach wewnętrznych, notowano stale odczyn ujemny po trzech rodzajach tuberkuliny. Stan ten jest wyrazem anergji, która nie wymaga osobnego tłumaczenia.

* * *

Z zestawienia naszych przypadków można przyjąć:

1) dodatni odczyn tuberkulinowy w gruźlicy skóry jest odczynem swoistym, świadczącym o uczuleniu ustroju bądź skóry na jad gruźliczy.

2) Zjawisko anergji występuje w przypadkach gruźlicy skóry wrzodziejącej, wyjątkowo w przypadku pospolitej gruźlicy skóry.

3) Istnieje znaczna zbieżność odczynów po tuberkulinie ludzkiej i bydlęcej w przypadkach gruźlicy pospolitej i rozpływnej, z tem, że odczyn po tuberkulinie ludzkiej należy do odczynów stałych, odczyn po tuberkulinie bydlęcej dochodzi do 80%.

4) W przypadkach gruźlicy brodawczastej stale występuje odczyn dodatni po tuberkulinie ludzkiej, w 25% odczyn dodatni po tuberkulinie bydlęcej.

5) Dodatni odczyn po tuberkulinie ptasiej spostrzegamy w gruźlicy rozpływnej pospolitej i brodawczastej (25—30%).

6) Zbieżność w odczynach tuberkulinowych T. h. i T. b. w odróżnieniu od rzadko występujących odczynów po tuberkulinie ptasiej przemawia przeciwko uważaniu odczynów tuberkulinowych za odczyny grupowe.

7) Spółistnienie dodatnich odczynów po różnych rodzajach tuberkuliny nie wyklucza możliwości symbiozy różnych gatunków prątka gruźliczego w ustroju, jak nie wyklucza możliwości przejściowego zetknięcia się ustroju z tym lub innym gatunkiem prątka gruźliczego.

8) Potwierdzenie powyższego znajdujemy w stosunkach ludnościowych gospodarstwa narodowego jak w badaniach różnych autorów nad różnicowaniem typu zarazka w różnych postaciach gruźlicy skóry.

9) Badania porównawcze odczynów tuberkulinowych dają podstawę do rozważań teoretycznych, nie upoważniają do wyciągania wniosków, jaki zarazek jest przyczyną schorzenia gruźliczego u danego chorego.

10) Do stwierdzenia przyczyny względnie rodzaju prątka gruźliczego, wywołującego każdą postać gruźlicy skóry miarodajne są jedynie hodowla i doświadczenia na zwierzętach.

11) Odchylenia w zjadliwości różnych typów prątka gruźliczego, jakoteż znachodzenie u jednego chorego w różnych ogniskach gruźlicy różnych gatunków prątka gruźliczego, pozwala na przypuszczenie, że współżycie różnych gatunków prątka gruźliczego w ustroju ludzkim jest możliwe i że w następstwie tego znaczenie odczynów tuberkulinowych może mieć znaczenie pod względem rozpoznawczym oraz leczniczym.

Piśmiennictwo:

1) J. Bigo: Badania doświadczalne nad gruźlicą bydlęcą ze stanowiska oceny spożywalności mięsa. Lwów. 1929. — 2) L. Detre: Wien. Kl. Wft. 1908. — 3) Knossew: Rft. Zblt. f. Hkr. 30. 1929. — 4) R. Koch: D. Med. Wft. 1902. — 5) Kressner: Untersuchungen über Hauttuberculose. Leipzig Kabitsch 1931. — 6) Ledermann: Med. Klin. 1932. Z. 1, 2. — 7) H. J. Markert: Beitrag Klin. Tbc. 1923. — 8) Moro-Keller: D. M. Wft. Nr. 25. 1905. — 9) Nicolau-Blumenthal: Rft. Derm. Wochenschrift. 1386. 22. — 10) E. Nobel: Ueber spezifische und unspezif. Hautreaction in ihrer Beziehung z. Tbc. D. Extrapulmonale tbc. 1926. — 11) St. Ostrowski: Polska Gazeta Lekarska. R. V. Nr. 37. 1926. — 12) Tenże: Przegląd Dermatol. Nr. 4. 1932. — 13) Tenże: Stany przeczulicowe w dermatologji. Almanach lekarski. — 14) Stürz: Archiv. f. Dermat. B. 169. S. 220—235. — 15) A. Trawiński: Ocena spożywalności mięsa bydła rogatego dotkniętego gruźlicą. 1924. — 16) Urbach: Rft. Zbt. f. Hautkr. 28. 1929. — 17) R. Volk: Tuberculosis der Haut. J. Jadassohn Handbuch 1931. T. 10. — 18) R. Volk: Archiv f. D. B. 109. 1911. — 19) K. Zieler: Med. Klin. 22. 1933. — 20) Levandowsky: Tuberkulose d. Haut. 1916. — Reszta piśmiennictwa u Levandowskyego, Volka i u cytowanych.

———

Dr. med. vet. Stefan FLEK, Asyst. Zakładu. Lwów.

Odruch obronny łapki przedniej u żaby.

Z Zakładu Fizjologji Akademji Med. Weterynaryjnej we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. A. Klisiecki.

Do liczby odruchów rdzeniowych żaby należy jeszcze jeden dorzucić, mianowicie odruch obronny łapki przedniej. Jest on analogiczny do odruchu tarcia kończyn tylnych i ten sam jest jego biologiczny cel. Zasiąg jego daje się dobrze umiejscowić i określić natężenie podniet, oraz czas, po jakim reakcja występuje, w przeciwieństwie do niektórych innych odruchów np. skrzeczenia, obejmowania samicy przez samca w czasie rui (1), do analizy trudniejszych. Posiada on zatem te same cechy, co znany oddawna odruch tarcia *(Wischreflex)*, odnoszący się do łapki tylnej, który możemy obserwować u żab z przeciętym rdzeniem lub odciętą głową. Podnieta działająca tutaj na skórę grzbietu lub brzucha, względnie na skórę samej kończyny powoduje wystąpienie odruchu obronnego, wykonanego kończyną tylną, mającego na celu usunięcie czynnika drażniącego (2, 3).

Do podniet, przy pomocy których wywołać możemy odruch tarcia, nadają się najlepiej podniety chemiczne w postaci kwasu octowego lub siarkowego, których stężenie możemy dowolnie dobierać. Drogi postępowania w tym kierunku są rozmaite. A więc albo możemy zanurzać nóżkę żaby z przeciętym rdzeniem w kwasie o różnem stężeniu i obserwować czas, po jakim wystąpi reakcja, jak to robił Türck, lub też możemy dawać na skórę kroplę kwasu, względnie celem ograniczenia powierzchni, na którą ma podnieta działać, skrawki bibuły napojonej w kwasie (4). We wszystkich tych razach możemy stężenie kwasu jak i czas reakcji dowolnie nastawiać, jak to wykazali Baxt (5) i Frather (6), a w nowszych czasach Kaufmann i Steinhausen (7) na żabach z odciętą głową.

Odruchem o podobnych cechach co odruch tarcia jest u psów odruch skrobania wykonywany kończyną tylną, który można wywołać przez drażnienie skóry grzbietu i boków klatki piersiowej u zwierząt z przeciętym rdzeniem (8).

Podobnie jak na wiele innych odruchów, tak również na odruch tarcia półkule mózgowe mają wywierać wpływ hamujący. Ale zdania są jeszcze podzielone. I tak, gdy Herzen obserwował skrócenie czasu reakcji przy badaniu odruchu tarcia metodą Türcka u żab bez półkul mózgowych, to Setschenow i Paschutin (9, 10) nie obserwowali żadnych zmian, natomiast wykazali zwiększoną pobudliwość po usunięciu całego mózgu, względnie po usunięciu płatów wzrokowych. Stąd doszli oni do wniosku, że międzymózgowie u żaby ma w głównej mierze działanie hamujące na odruchy rdzeniowe. Późniejsze badania przemawiają za tem, że cały mózg u żaby ma działanie hamujące, jednak dominujący wpływ mają wywierać półkule mózgowe. Ostatnio Noll (11) badając odruch tarcia łapki tylnej i wpływ półkul mózgowych jakoteż płatów wzrokowych stwierdził, że po usunięciu półkul mózgowych odruch ten staje się bardziej regularny i że obniża się próg pobudliwości. Usunięcie jednostronne półkuli mózgowej wpływa na odruchy rdzeniowe podobnie jak obustronne usunięcie półkul mózgowych, ale regularności odruchów to nie polepsza. Po przecięciu nerwów wzrokowych, względnie po wycięciu płatów wzrokowych znalazł wymieniony autor tylko niewielkie podwyższenie pobudliwości, stąd wnioskuje on, że kora mózgowa ma większe znaczenie hamujące aniżeli płaty wzrokowe.

Dotychczas znane odruchy rdzeniowe żaby dotyczą odruchów wykonywanych kończynami, a wywołanych działaniem podniety na skórę grzbietu, brzucha lub piersi. Brak natomiast wiadomości o animalnych odruchach wywołanych z powierzchni czuciowej głowy tak u żab, jak i innych zwierząt. Przyczyna niedokładnego zbadania tych miejsc leży w tem, że posługiwano się zwierzętami z przeciętym rdzeniem lub pozbawionemi mózgu, celem wykluczenia wpływu mózgu na te odruchy.

Jest wielkie podobieństwo między odruchem wywołanym ze skóry głowy żaby niżej opisanym a znanym odruchem policzkowym człowieka, który możemy wywołać drażniąc w czasie snu skórę policzka.

Odruch łapki przedniej u żaby wywołujemy, drażniąc skórę głowy, przyczem bodźcami, jakiemi się tu możemy posługiwać, są bodźce mechaniczne, a więc dotknięcie skóry jakiemś kończystem narzędziem, elektryczne w postaci prądu indukcyjnego lub chemiczne w postaci odpowiednio rozcieńczonych kwasów. Zadziałanie jednej z tych podniet na skórę głowy powoduje wystąpienie odruchu obronnego. Żaba opiera się wtedy na kończynie przeciwnej niż ta, która ma być użyta do wykonania odruchu, przerzucając ciężar ciała na tę stronę, a następnie podnosi kończynę odciążoną i wykonuje szybki ruch, starając się palcami dłoni zwróconej nazewnątrz usunąć czynnik drażniący. (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Rozprzestrzenienie tego odruchu, odnośnie do miejsc, z jakich go możemy wywołać, da się określić bądźto przez lekkie kłucie ostrą igłą, bądź przez nakładanie skrawków bibuły napojonej kwasem. Cała skóra głowy tak po stronie dolnej, jak i górnej, aż po linję kończyn przednich, jest powierzchnią czuciową dla tego odruchu. Drażnienie skóry w tej linji wywołuje odruch bądź kończyny przedniej, bądź tylnej, a poza tą linją już tylko odruch kończyny tylnej. Granica ta jest analogiczną z granicą przednią miejsc, z których możemy wywołać odruch skrobania u psa z przeciętym rdzeniem. Mianowicie według Sherringtona (12) pole, z którego możemy wywołać ten odruch obronny kończyny tylnej, ma kształt siodła obejmującego grzbiet i boki klatki piersiowej mniejwięcej po linję łuków żebrowych, a ku przodowi sięgającego do linji kończyn przednich.

Te okolice ciała, z których możemy wywołać u żaby odruch obronny łapki przedniej, są unerwione przez nerw trójdzielny (13), który ma zawierać tylko włókna czuciowe. Mianowicie skóra czaszki i szczęki górnej jest zaopatrzona przez *ramus supramaxillaris*, a szczęka dolna i jej okolica przez *ramus mandibularis* nerwu szczękowego *(n. maxillaris)*, który jest jedną z trzech gałęzi nerwu trójdzielnego. Te zatem nerwy stanowią część sensoryczną tego łuku odruchowego, którego ośrodek musi się znajdować w rdzeniu przedłużonym, w ośrodku nerwu trójdzielnego. Stąd idą drogi zstępujące do ośrodków w odcinkach rdzenia, z których wychodzi *plexus brachialis* zaopatrujący przednią kończynę.

Do doświadczeń używałem żab normalnych oraz żab z wyciętemi półkulami mózgowemi. Półkule mózgowe były usuwane z możliwie największą starannością od strony dorsalnej czaszki bez naruszenia płatów wzrokowych i nerwów wzrokowych. W ten sposób zoperowane żaby nadawały się przez szereg miesięcy do obserwacji. Natomiast na żabach normalnych można było przeprowadzać doświadczenia łatwo tylko w miesiącach zimowych (grudzień, styczeń, luty), a zatem w czasie, gdy występuje u nich obniżenie pobudliwości. W innym czasie przedstawiało to trudności, gdyż przy dotknięciu lub przyłożeniu bibuły z kwasem wykazywały niepokój i wykonywały szereg ruchów ucieczkowych utrudniających obserwacje. Podczas doświadczeń żaby były umieszczane w dużym słoju, na dnie którego znajdowało się nieco wody. Chociaż odruch ten wywołany być może różnemi podnietami, posługiwałem się kwasem octowym o stężeniu: 0,5, 1,0, 1,5, 2,0, 2,5, 3,0, 5,0, 10,0%, którym napajałem okrągłe wycinki bibuły o średnicy 5 mm. Po każdorazowym zabiegu mającym na celu wywołanie odruchu skóra była obmywana i osuszana, poczem następowała kilkuminutowa przerwa.

Podniety podprogowe wywołują tylko przejściowy niepokój objawiający się słabemi ruchami ciała, stężenia progowe i słabe wyzwalają tylko jeden odruch, a stężenia silniejsze powtórzenie nawet i kilkakrotne odruchu. Jeżeli stężenia są dostatecznie silne (5—10% kwas), to oprócz odruchów występują nieskoordynowane ruchy pozostałych kończyn i ruchy ucieczkowe.

Pobudliwość odruchowa różnych części skóry głowy żaby jest prawie jednakowa. Czas odruchu pod wpływem np. 2% kwasu octowego stosowanego na rozmaicie odległe od rdzenia przedłużonego części głowy wahał się w granicach 11,5—12,5 sek. u jednego i tego samego osobnika.

Prawo jednostronności odruchów Pflügera (14) odnosi się również do odruchu obronnego łapki przedniej. Odruch występuje po tej samej stronie, po której zastosowano podnietę. Jeżeli czynnik drażniący działa w linji środkowej, to występuje albo odruch tylko jednej łapki, odruch jednej a bezpośrednio po nim drugiej łapki lub obu równocześnie.

Obserwacje dotyczące podniet progowych, stosunku czasu reakcji do nasilenia podniet, oraz obserwacje dotyczące powtarzania odruchu są zestawione w tabeli I. Są to wyniki zebrane w ciągu kilku godzin (celem porównania ich ze sobą) odnośnie do żab pozbawionych półkul mózgowych.

Tabela I.

Czas reakcji w sekundach na kwas octowy prawej (p) i lewej (l) połowy głowy. Żaby bez półkul mózgowych.

		0,5%	1,0%	1,5%	2,0%	3,0%
1. ♀	p.	—	22	11	7	4
	l.	—	23	14	6	3
	p.	—	27	16	9	6
	l.	—	30	12	8	4
2. ♂	p.	26	17	13	9	6
	l.	24	14	11	7	5
	p.	28	18	14	11	8
	l.	31	18	13	9	6
3. ♀	p.	18	9	7	4	2
	l.	21	11	7	5	2
4. ♂	p.	18	12	8	5	2
	l.	16	11	6	4	2
5. ♂	p.	14	8	5	3	1,5
	l.	18	11	6	4	2

Jak widzimy, podnietą progową jest przeważnie kwas octowy 0,5%, rzadziej o stężeniu wyższem. Porównując ze sobą czas reakcji przy zastosowaniu podniet na prawą i lewą stronę ciała znajdujemy, że jest on prawie jednakowy. Powtórzenie odruchu wymaga przeważnie więcej czasu, prawdopodobnie spowodu uszkodzenia tkanki działaniem uprzedniem. Pozatem z tabeli widać, że czas, po jakim występuje reakcja, jest tem krótszy, im jest silniejsza podnieta.

W dalszym ciągu chodziłoby jeszcze o wyjaśnienie, jaki jest stosunek odruchu łapki przedniej do łapki tylnej pod względem czasu reakcji. W tym kierunku daje nam odpowiedź tabela II.

Tabela II.

Kwas octowy 2% Czas w sekundach	Nr.	kończyna przednia p.	kończyna przednia l.	kończyna tylna p.	kończyna tylna l.
	1.	3	4	17	14
	2.	8	8	22	19
żaby bez półkul	3.	6	5	6	4
mózgowych	4.	7	8	13	16
	5.	2	3	10	12
	6.	2	2	15	14

Odruch kończyny przedniej dochodzi zasadniczo łatwiej do skutku przy działaniu podniety o tem samem natężeniu aniżeli kończyn tylnych. Czasy reakcji są krótsze, również próg pobudliwości leży niżej, gdyż progową podnietą jest zwykle 0,5% kwas, gdy dla kończyn tylnych 1,0%, co jest w odniesieniu do

kończyn tylnych zgodne z obserwacjami Nolla (11). Pobudliwość odruchowa tak u osobników normalnych jak i u osobników bez półkul mózgowych (u pierwszych w wyższym stopniu) wykazuje znaczne wahania w ciągu szeregu dni jak również nawet w ciągu jednego dnia i czasy dla kończyn przednich i tylnych bywają niekiedy prawie jednakowe.

Odnośnie do wpływu półkul mózgowych na odruchy obronne łapek przednich, to ich obustronne usunięcie powoduje, że odruchy te stają się znacznie regularniejsze, oraz czas, po jakim występuje reakcja, ulega skróceniu (tabela III). Stąd możemy wnioskować, że półkule mózgowe wywierają na odruch obronny łapki przedniej podobnie jak na inne odruchy u żaby wpływ hamujący.

Tabela III.

Czas reakcji w sekundach na kwas octowy 1%.

	1. dzień	2. dzień	3. dzień 9—11 h	3. dzień 12—13 h	3. dzień 17—19 h	4. dzień	5. dzień
Nr. 1.	37	40	34	usunięcie półkul mózgowych	12	13	15
	26	32	37		14	11	17
	32	31	48		11	13	17
Nr. 2.	30	20	19		17	—	—
	25	18	24		16	—	—
	24	21	26		18	—	—
Nr. 3.	12	15	19		11	8	9
	17	14	18		13	9	11
	13	23	22		14	9	11
Nr. 4.	17	16	16		7	10	7
	13	21	19		9	12	10
	21	18	23		8	12	11

Oprócz podanych obserwacyj możemy jeszcze zauważyć pewne momenty odnoszące się do torowania odruchu obronnego łapki przedniej przez odruch drugiej przedniej lub tylnej.

Jeżeli na stronę np. prawą głowy nałoży się bibułę napojoną kwasem o stężeniu podprogowem, a bezpośrednio potem na stronę lewą głowy lub na grzbiet napojoną kwasem o stężeniu nadprogowem, to odruch na podnietę nadprogową może wyzwolić reakcję na podnietę podprogową. Podobnie podnieta silna działająca na skórę grzbietu lub jednej strony głowy może działać torująco na odruch wywołany podnietą słabszą zastosowaną na drugą stronę głowy. Odruch utorowany pojawia się tuż po odruchu torującym, czasem zaś nawet przed nim. Zatem podnieta nadprogowa może wyzwolić odruch na podnietę podprogową, jak również skrócić czas odruchu na podnietę skuteczną ale słabą pod wpływem równoczesnego podrażnienia innej okolicy podnietą silną. Nie mogłem natomiast zauważyć torującego wpływu odruchu kończyn przednich na odruch kończyn tylnych. Przemawia to za tem, że u tych zwierząt torowanie ma kierunek wstępujący, względnie że w tym kierunku znacznie łatwiej się szerzy.

Piśmiennictwo:

1) Goltz: Beiträge zur Lehre von den Funktionen der Nervenzentren des Frosches, Berlin 1869. — 2) S. Baglioni: Erg. d. Physiol. 13, 1913, 454. — 3) Wachholder: Zeitschr. f. allg. Physiologie, 19, 1921, 91. — 4) Sanders: Ber. sächs. Ges. Wiss., Mathem.-phys. Kl. 19, 1, 1867. — 5) Baxt: Ber. sächs. Ges. Wiss., Mathem.-phys. Kl. 309, 1871. — 6) Frather: Jen. Z. Naturwiss. N. F. 2, 130, 1875. — 7) Kaufmann, Steinhausen: Arch. f. d. ges. Physiol. 190, 1921, 12. — 8) Sherrington: Phylos. Transact. of Roy. Soc. of London, 184, 641, 1898. — 9) Setschenow: Physiol. Studien über die Hemmungsmechanismen f. d. Reflexe, Berlin 1863. — 10) Setschenow, Paschutin: Neue Versuche am Hirn und Rückmarck des Frosches, Berlin 1865. — 11) A. Noll: Pflüg. Arch. 229, 1931, 198. — 12) Sherrington: Ergebnisse d. Physiologie, IV. 1905. — 13) Ecker, Wiederheim: Anatomie des Frosches, w opr. E. Gaupa, Braunschweig, T. II. 1897. — 14) Pflüger: Die sensorischen Funktionen des Rückmarks, Berlin 1853.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Franciszek WALTER. Kraków.

Choroby i zgon Króla Stefana Batorego w świetle narady lekarskiej.

Wstęp.

Zająwszy się na zaproszenie jednego z francuskich pism lekarskich sprawą śmierci króla Stefana Batorego, byłem pewny, że obfite piśmiennictwo, tak szesnastowieczne, jak i wieku XIX ułatwi mi przedstawienie przyczyn zgonu króla Stefana w sposób dostateczny. Rozczytując się jednak w tem piśmiennictwie, natrafiłem na dobrze znane historykom medycyny przeszkody, które trafnie ocenia Bilikiewicz[1]): „Przedstawić zdrowie i niezdrowie osobistości z przed trzystu laty, przełożyć słownik pojęć wygasłych lub staroświeckich na język dzisiejszy, wydobyć z opisów laickich lub z opisów pióra starych lekarzy prawdę historyczno-lekarską i dojść wreszcie do punktu szczytowego, do rozpoznania ze stanowiska dzisiejszej kliniki, to zadanie bardzo trudne, wymagające ogromnego krytycyzmu historycznego a zarazem biegłości diagnostycznej".

Historycy, jak również historycy medycyny i lekarze zajmowali się sprawą choroby i zgonu króla Batorego bardzo szczegółowo; zwłaszcza źródłowa praca Fr. Giedroycia zdawała się przesądzać sprawę raz na zawsze.

Jednakże po przeglądnięciu dotychczasowych publikacyj i współczesnych źródeł nasunęły mi się tak znaczne wątpliwości, że czułem się zmuszony do podjęcia rewizji całej tej sprawy. Lekarze króla Stefana przytaczali w swych pismach polemicznych rozmaite szczegóły, wkraczające już w zakres nauk specjalnych, jak dermatologji, neurologji i chorób wewnętrznych; sprawozdanie współczesne z pobieżną wzmianką o częściowej autopsji zwłok królewskich wkraczało w dziedzinę anatomji patologicznej. Odpisy i przedruki źródeł, na których badacze przyczyn zgonu króla Stefana opierali swe przypuszczenia, porównywane ze sobą, wykazywały sprzeczności i niedokładności.

Wobec różnorodności opisywanych objawów i sprzeczności źródeł historycznych, postanowiłem w celu wyjaśnienia w możliwych dzisiaj granicach, przyczyn ostatniej śmiertelnej choroby króla Stefana, zebrać na naradę lekarską lekarzy specjalistów odnośnych gałęzi. Konsyljum lekarskie nieco spóźnione, bo w 347 lat po śmierci chorego, jednak dla ustalenia przypuszczalnych przyczyn zgonu króla konieczne. Radą posłużyli mi: Docent neurologji U. J. Dr. Eugenjusz Artwiński, Profesor anatomji patologicznej U. J. Dr. Stanisław Ciechanowski, Profesor historji medycyny U. J. Dr. Władysław Szumowski i Profesor chorób wewnętrznych U. J. Dr. Tadeusz Tempka. W czasie kilkakrotnych wspólnych narad, aby nie ulegać mimowolnej sugestji, za radą historyka medycyny opieraliśmy się wyłącznie na źródłach współczesnych. Pozatem każdy z konsulentów osobiście opracowywał szczegóły objawów chorobowych, które zestawiliśmy na podstawie wspomnianych źródeł, przygotowując rodzaj historji choroby. W ten sposób doszliśmy wkońcu do wniosków ustalających przypuszczalne przyczyny chorób i zgonu króla Stefana Batorego.

Zdajemy sobie sprawę, że rozpatrywanie tego zagadnienia po upływie wieków musi napotykać na wielkie trudności spowodu jakości materjału, jaki mieliśmy do dyspozycji, mającego wiele słabych stron. Toteż jesteśmy skłonni przyjąć każde inne tłumaczenie śmierci króla Stefana Batorego, pod warunkiem jednak, że będzie ono lepsze od naszego, to znaczy, że w lepszy sposób wytłumaczy ów szereg niepewności, zwłaszcza wzmiankę we współczesnem sprawozdaniu bezimiennem (prawdopodobnie Dra J. Gosławskiego) o nerkach, na którą to wzmiankę orzeczenia naszych poprzedników właśnie zbyt małą zwracają uwagę.

Po krótkiem kilkudniowem trwaniu choroby, śmierć niespodziana położyła kres krótkiemu stosunkowo życiu króla Stefana w Grodnie w dniu 12 grudnia 1586 r. Zgon był tak nieoczekiwany, że współcześni dawali wiarę plotkom, oskarżającym lekarzy nadwornych o otrucie króla.

Równocześnie, bo już trzeciego dnia po śmierci króla, jeden z lekarzy, mający stale króla w opiece, Mikołaj Buccella, począł rozsiewać wieści poddające w podejrzenie drugiego lekarza królewskiego Simona Simoniusa, jakoby z winy tego ostatniego król przedwcześnie zakończył życie. W Imieniu Rzeczypospolitej Panowie, Rada Korony i Wielkiego Księstwa Litew-

[1]) Ocena pracy W. Ziembickiego: Zdrowie i niezdrowie Jana Sobieskiego. Pol. Gaz. Lek. Nr. 6. 1933.

skiego wezwali obu lekarzy, aby na sejmie w Warszawie stawili się do odpowiedzi [2]). Jednak na sejmie do tego nie doszło.

O Simoniusie mówiono dalej niekorzystnie, a nawet sam Buccella rozgłaszał wieści, że Simonius przekupiony otruł króla. Simonius za radą podkanclerzego, biskupa przemyskiego, chciał przed senatorami i urzędnikami dworu zdać sprawę z leczenia króla, a nawet usprawiedliwić się na sejmie w Wilnie, jednak nakłoniony przez Marszałka Wielkiego Księstwa Litewskiego napisał o tej rzeczy rozprawę naukową. Wywiązała się następnie wielka polemika piśmienna między obu lekarzami i jej to zawdzięczamy wiele szczegółów odnoszących się do choroby króla i jego ostatnich chwil życia.

Mikołaj Buccella rodem z Padwy był pierwszym medyko-chirurgiem króla Stefana [3]). Obowiązki pierwszego lekarza objął po Blandracie jeszcze w czasie pobytu Batorego w ziemi Siedmiogrodzkiej, w dniu 12 lipca 1574 r. Buccella w Polsce był z królem Batorym pod Gdańskiem i Moskwą [4]). W pierwszym dniu zachorzenia króla nie był obecny na dworze, za zezwoleniem królewskiem wyjechał był do swoich posiadłości. Drugim lekarzem był Simon Simonis (Simonius) Dr. medycyny i filozofji, wygnany z Lukki spowodu wyznawania wiary kalwińskiej; polecony przez Buccellę, dostał się na dwór króla Batorego na 4 lata przed jego śmiercią. Simoniusa, który siebie nazywał *„intimus regius medicus“*, powszechnie obwiniano, że przyczynił się do zgonu króla „rzekomo starem winem“. Te zarzuty znalazły się również w liście Węgrzyna, sekretarza królewskiego Jerzego Chiakora, pod którem to nazwiskiem ukrywał się sam Buccella. Simonius usprawiedliwiał się w kilku pismach polemicznych; temi właśnie pismami Buccelli i Simoniusa, jak również sprawozdaniem Dra Gosławskiego posługiwaliśmy się jako źródłami.

Prócz tych współczesnych źródeł, istnieje dość obszerne piśmiennictwo lekarskie, starające się wyjaśnić przyczyny zgonu króla Stefana. Toteż rozpoznań jest bardzo wiele.

Dr. X. H. w artykule „O zgonie Stefana Batorego“, zamieszczonym w Przyjacielu Ludu z r. 1837 (Rok IV, T. I. Nr. 12) przypuszcza, że opisana choroba była apopleksją, a prędzej jeszcze organicznym błędem w mózgu *(tumor cerebri)*. Historyk Adolf Pawiński w Tygodniku Ilustrowanym z r. 1886 (idąc za zdaniem swego brata lekarza) uważa za główne źródło choroby niedomogę mięśnia sercowego. Giedroyć (Przegl. Histor. 1906. T. II) przyjmuje łącznie z Dr. Edwardem Zielińskim mocznicę za ostateczną przyczynę śmierci. Sposób życia króla i zaziębienie na polowaniu wywołało zdaniem jego prawdopodobnie ostre zapalenie nerek, o czem nawet świadczyćby miał obraz anatomiczny nerek, spostrzegany w czasie sekcji.

W r. 1929 Emil Wyrobek jun. (Kurjer Liter. Nauk. z dn. 16. XII.) dochodzi do wniosku, że ostateczną przyczyną mogła być miażdżyca tętnic nerkowych, mózgowych i wieńcowych serca, nie wykluczając stanowczo kiły jako podstawy tego cierpienia. W krótkiej wzmiance o pracy Jankowskiego „Zgon Stefana Batorego w Grodnie“, zamieszczonej w Nr. 10 z r. 1931 Pol. Gazety Lekarskiej, Dr. Fritz wyraża przypuszczenie, że król prawdopodobnie cierpiał także na cukrzycę.

Z tych prac, praca Giedroycia wyjaśnia najwięcej to historyczno-lekarskie zagadnienie, jednak nawet ona nie tłumaczy dostatecznie całego szeregu szczegółów z życia króla, świadczących o jego dawnych, poważnych cierpieniach, ani też nie wyjaśnia w sposób dla klinicysty wystarczający pewnych objawów chorobowych w ostatnich dniach przed śmiercią króla. Pozatem, jak mogliśmy stwierdzić, Giedroyć i inni badacze opierali się na niezupełnych i zniekształconych odpisach źródeł współczesnych.

Wyniki naszych narad przedstawiam w oryginalnych sprawozdaniach każdego z nas.

W. Szumowski.

Uwagi o źródłach historycznych.

Rozpatrując sprawę przyczyny śmierci Stefana Batorego, winniśmy zabrać się przedewszystkiem do oryginalnych źródeł historycznych, nie mamy natomiast zaufania do przedruków, które, jak w wielu innych wypadkach, tak i w tym są mniej lub więcej mylne. Źródła te są dwojakie:

I. Rękopis Gosławskiego.

Znany jest tekst polskiego rękopisu jednego z dwóch lekarzy, którzy byli obecni przy sekcji zwłok króla. Drugim był Buccella, który wymienia szczegółowo *(Buccella: Refutatio scripti Simonii,* 1588, str. 105) osoby, które były przy sekcji, wśród nich doktora Gosławskiego. Tytuł rękopisu: „Prawdziwa sprawa o chorobie i śmierci nieboszczyka Stefana Batorego, króla polskiego“. Nikt przeto inny, jak Gosławski, nie mógł być autorem bezimiennego zresztą rękopisu.

Niestety oryginał rękopisu Gosławskiego jest nieznany. Znany jest jedynie odpis, sporządzony dla Naruszewicza przez przepisywacza, niejakiego Kalinowskiego, w 200 lat po śmierci Batorego. Znajduje się on w tekstach Naruszewicza (Nr. 91) w Muzeum Czartoryskich w Krakowie.

W pierwszej połowie XIX. wieku ukazały się trzy przedruki relacji Gosławskiego w dziełach: Raczyński Ed.: „Pamiętniki do historji Stefana króla polskiego“, Warszawa, 1830; Albertrandi: „Panowanie Henryka Walezjusza i Stefana Batorego“, z rękopisów Albertrandiego, Kraków 1849; oraz bezimiennie w „Przyjacielu Ludu“ Leszno, 1843, rok X, str. 7. Teksty 2 pierwszych przedruków są identyczne, ale odbiegają znacznie i to w ważnych szczegółach od rękopisu Gosławskiego-Kalinowskiego. Niewiadomo, czy one zostały sporządzone z rękopisu Gos.-Kal. (z błędami), czy z innego nieznanego rękopisu. Przedruk w „Przyjacielu Ludu“ jest zagadkowy, gdyż zawiera nowy szczegół, dotyczący sekcji zwłok, jeden wyraz, którego niema ani w rękopisie Gosł.-Kal., ani w przedrukach Raczyńskiego i Albertrandiego. Skąd ten tekst został wzięty? Odpowiedzieć trudno.

Tak czy inaczej, rękopis Gosł.-Kal. ma pierwszeństwo, jako źródło, przed przedrukami i niesłusznem było stanowisko tych autorów, którzy w ciągu ostatnich 100 lat pisali o przyczynie śmierci Batorego, ale opierali się jedynie na przedrukach, zamiast na rękopisie Gosł.-Kal.

Gosławski opisał przebieg ostatniej choroby króla tak, jak i inni, ale podaje nader krótki opis sekcji. Oto najważniejszy jej ustęp:

„Przy bytności Bukcelli y moiey balwierze wyjmowali wnętrzności z niego, y Bukcella im pomagał. Wszystkie viscera zdrowiutkie, wątroba, także żołądek, śledziona, płuca, iedno że były przy sercu, zdrowe, nerki także, tylko lewa naciekła, bo się był bardzo potłukł, nerki nadzwyczay iako wołowe były, to iest garkowate a niegładkie, a w człowieku nerki są iako w skopie, czego ani Bukcella ani ia nie widzieliśmy w żadnem ciele...“.

Dołączona fotografja podaje większą część tego ustępu.

Dalej jest mowa o dwóch kamieniach w pęcherzyku żółciowym, których autor nie uważa za przyczynę śmierci. Ten koniec opisu sekcji także nie nasuwa wątpliwości. Najważniejsze są nerki, o których Gosławski podaje, że 1) były znacznie powiększone („...nadzwyczay iako wołowe...“); 2) zewnętrznie istotnie przypominały wołowe („...garkowate a niegładkie...“ — może Kalinowski źle przepisał i miało być „górkowate a nie gładkie“); niepodobne były do ludzkich, które są gładkie, jak skopowe; 3) lewa nerka była nieco inna, niż prawa („...lewa naciekła...“); 4) wreszcie, że nerki były „zdrowe“, co należy, mojem zdaniem, w ten sposób rozumieć (pamiętając, iż to jest dopiero wiek XVI), że nerki nie przedstawiały grubych, dla każdego odrazu widzialnych zmian anatomicznych, np. nie były skirowate albo nie było w nich ropni i t. p.

O płucach rękopis Gosł.-Kal. zaznacza, że były zdrowe, wbrew temu, co podają przedruki Raczyńskiego i Albertrandiego oraz za nimi szereg autorów, mianowicie, że rzekomo „lewe płuco było naciekłe“. Prawdopodobnie przepisywacz opuścił w pośpiechu słowa „nerki także“ i w ten sposób zmienił tekst.

Przedruk z „Przyjaciela Ludu“ podaje, zamiast słów rękopisu Gosł.-Kal. „płuca, iedno były przy sercu, zdrowe, nerki także, tylko...“ słowa „płuca jedno że były przymiękciejsze; serce zdrowe...“.

Pochodzenie wyrazu „przymiękciejsze“, który nasuwa myśl że płuca były naciekłe, jest niejasne. Ale znając wogóle metodę, a raczej brak metody wszelkich przepisywaczy, ich pośpiech oraz skłonność nietyle do dosłownego przepisywania, ile do opowiadania własnemi słowy tego, co jest w oryginale, nie możemy do tego wyrazu przykładać większej wagi.

II. Druki polemiczne Buccelli i Simoniusa.

Jak wiadomo, po śmierci Batorego rozgorzała polemika między dwoma lekarzami nadwornymi króla, Buccellą i Simoniusem. Obaj zapisali piórem i jadem w ciągu 3 lat (1587—1589)

---

[2]) L. Gąsiorowski: Zbiór wiadomości do historji sztuki lekarskiej etc.

[3]) Knot: Dwór lekarski Stefana Batorego.

[4]) id.

przeszło 1000 stron bitego druku w 7 pokolei z obu stron wychodzących pismach.

W tych obszernych dziełach znajdujemy dużo wiadomości o przebiegu ostatniej choroby, jak też o zdrowiu i niezdrowiu króla w latach siedmiogrodzkich, natomiast zdumiewająco mało znajdujemy o sekcji.

Zaznaczyć trzeba, że żaden protokół sekcji, podobny bodaj zgrubsza do dzisiejszych protokołów, nie był wcale pisany, gdyż celem sekcji było zabalsamowanie zwłok, a nie określenie zmian patologicznych. Toteż wszystko polegało jedynie na dorywczych spostrzeżeniach.

Sekcję opisuje tylko Simonius w piśmie: *„Stephani Regis sanitas, vita medica, aegritudo, mors“*, 1587. Simonius jednak sam nie był obecny przy sekcji, a wiedział o niej tylko z opowiadania. Najważniejszy ustęp tekstu Simoniusa, w którym autor podaje wynik sekcji, jest następujący:

„...Tum Buccella, specillis naso aptatis, exempta extensaque viscera, quo certiores de loco, in quo delituerat morbi fomes, et quem reperire nolebat, spectatores reddere posset, singula tractans atque intuens, inventisque lapillis duobus in vesica fellea (qui certe neque morbo neque morti causam dederunt) et renis alterius nescio quo in conformatione observato vitio, tandem vero duobus tribusve in locis per medios pulmones ducta sectione, se nullum in iis deprehendere vitium diserte pronunciat...“.

Czyli w polskim przekładzie:

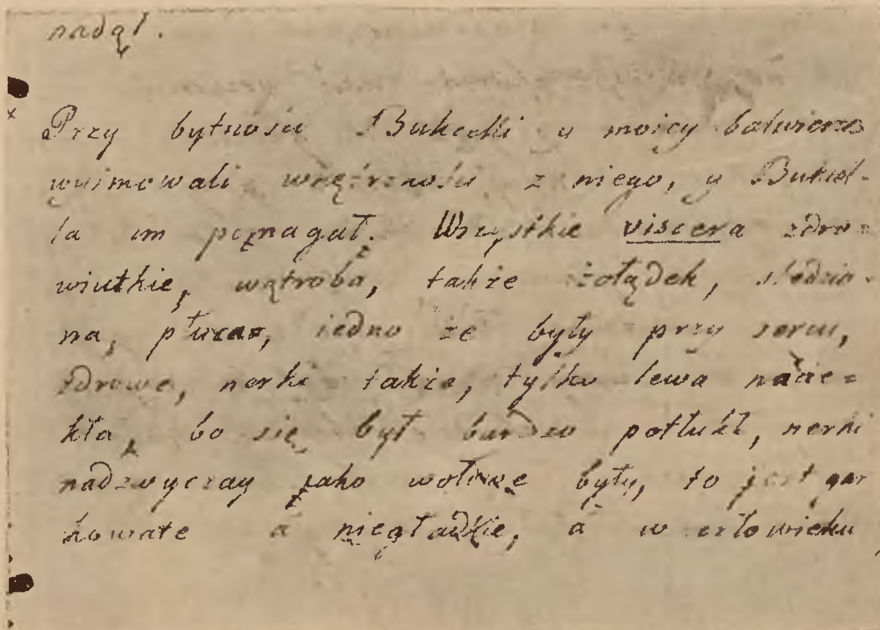
„...Wtedy Buccella, włożywszy na nos okulary, ażeby tem łacniej mógł okazać widzom miejsce, w którem utkwiła ukryta przyczyna choroby, ale której znaleźć nie chciał, wyjęte i rozłożone wnętrzności, jedne dotykając, inne oglądając, znalazłszy dwa kamienie w pęcherzyku żółciowym (które z pewnością nie były przyczyną choroby ani śmierci), zauważywszy w obu nerkach wadę w budowie, nie wiem jaką, po zrobieniu 2 czy 3 cięć przez środek płuc, oświadcza, że nie widzi w nich nic nienormalnego...“.

Z tekstu więc Simoniusa dowiadujemy się: 1) że w budowie nerek króla zauważono jakąś nieprawidłowość; 2) że płuca były zdrowe. (Kamienie żółciowe według wszystkich autorów były rzeczą drugorzędną). Słowem Simonius potwierdza ogólnikowo to tylko, co bardziej szczegółowo napisał Gosławski, i nic nowego nie podaje.

Buccella odpowiadając Simoniusowi i odpierając jego pismo ustęp za ustępem, pomija zupełnie sprawę nerek (dla nas najważniejszą) i wogóle z pism polemicznych Buccelli i Simoniusa więcej się o sekcji króla nic nie dowiadujemy.

Zapewne możnaby podać różne przyczyny, dlaczego Simonius i Buccella nie rozpisali się obszerniej o sekcji, jednakże nie można nie wspomnieć o jednej przyczynie, może najważniejszej. Oto obu lekarzom, uczestnikom sekcji, nasunęło się porównanie, że nerki królewskie były, jak „wołowe“. To napisał Gosławski, później — bezimiennie. Ale mówić o tem głośno zaraz, albo napisać w druku nie mógł żaden dworak w XVI wieku. Uszy dworaków XVI wieku byłyby zgorszone wyrażeniem *„apud regem ren bovinus“* lub innem podobnem.

Streszczając powyższe, historyk medycyny dochodzi do przekonania, że dzisiejszy anatom-patolog i dzisiejszy klinicysta w sprawie przyczyny śmierci Batorego mogą się oprzeć jedynie na rękopisie Gosł.-Kal. Pisma polemiczne Buccelli i Simoniusa nie wnoszą nic nowego.


nadął.

Przy bytności Bukcelli u mojey balwierza wyimowali wnętrzności z niego, y Bukiel-la im poznagał. Wszystkie viscera zdro-wiutkie, wątroba, także żołądek, śledzio-na, płucas, iedno że były przy sercu, zdrowe, nerki także, tylko lewa nacie-kła, bo się był bardzo potłukł, nerki nadzwyczay jako wołowe były, to jest gar-kowate a niegładkie, a w człowieku

Fot. Nr. 1. Tekst relacji Gosławskiego.

St. Ciechanowski.

Uwagi anatomo-patologiczne.

W dostępnych nam źródłach o chorobie Stefana Batorego wspomniano o następujących zmianach anatomo-patologicznych:

1) „Na prawej nodze o dwa palce pod kolanem aż do kostki miał król Batory rodzaj wyrzutu, w którym bywały ranki niegłębokie, ciekące“, do czego Gąsiorowski dodaje w dopisku wedle *„Simonius contra Buccellam“*, że wrzód był tak wielki, iż w niektórych miejscach wyrównywał, w niektórych przewyższał szerokość piędzi“ że „nawet smród od materji wypływającej czuć się dawał“.

2) „Na tejże nodze niżej kolana miał aperturę; a kiedy z niej „mało ciekło nie miewał apetytu“, noce były niespokojne i bezsenne.

3) Na sekcji znaleziono „wszystkie viscera zdrowiutkie, wątroba, także żołądek, śledziona, płuca jedno że były przy sercu zdrowe“ (rękopis Gosławskiego-Kalinowskiego). ...„Płuca jedno że były przymiękciejsze“ (odmiana tekstu drukowanego w Przyjacielu Ludu).

4) „Nerki także (zdrowe), tylko lewa naciekła, bo się był bardzo potłukł, nerki nadzwyczay iako wołowe były to iest garkowate („górkowate“?) a niegładkie, a w człowieku nerki są iako w skopie, czego ani Buccella ani ia niewidzieliśmy w żadnem ciele“.

5) W pęcherzyku żółciowym „nie było nic (żółci), tylko woda szczera“ i dwa kamienie.

Owrzodzenie na nodze i „apertura“, przez wiele lat ropiejące, oraz kamica pęcherzyka żółciowego z następową jego puchliną *(hydrops vesicae felleae)* są wedle tego opisu zupełnie pewne.

Określenie „płuca przymiękciejsze“ nie pozwala na żadne wnioski pozytywne.

Oprócz lewej nerki naciekłej ...„ bo się był bardzo potłukł“, (co mogłoby oznaczać podbiegnięcia krwawe okołonerkowe), na szczególną uwagę zasługuje wzmianka o obu nerkach. Opis: „nerki jako wołowe“ i „górkowate a nie gładkie“ określą dwie ich cechy, to jest niezwykłe powiększenie i niezwykły kształt zewnętrzny.

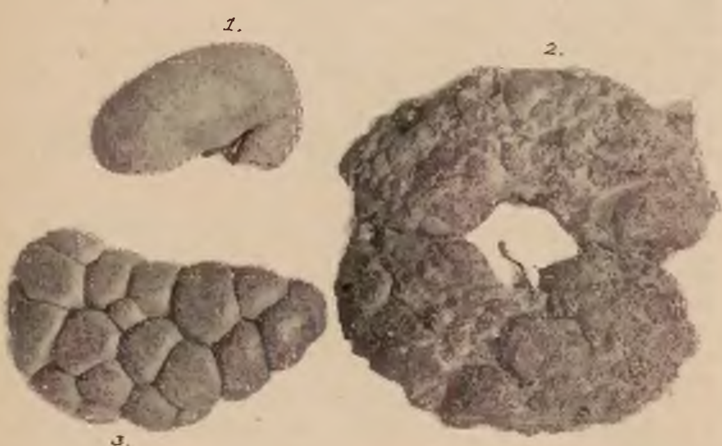
Znaczne powiększenie nerek spotyka się w przypadkach: wodonercza, roponercza, gruźlicy, nowotworu lub torbielkowatości nerek, wreszcie dużych nacieków białaczkowych; nie tak znaczne choć wyraźne powiększenie w przypadkach typowej

skrobiawicy nerek, niektórych zapaleń rozlanych bardzo ostrych i ropnych wstępujących.

Odrazu można wykluczyć roponercze, zapalenie wstępujące ropne, gruźlicę i większe nowotwory, bo te sprawy niewątpliwie byłyby na dłuższy czas przed śmiercią wywołały objawy, któreby nie mogły ujść uwagi lekarzy, choćby tylko bóle i zmiany w moczu. Tego też nie byliby obaj lekarze, Buccella i Simonius przemilczeli, zwłaszcza w polemice. Zresztą nowotwór byłby jednostronny, w opisie sekcji mowa o „nerkach" (obu).

Wodonercze obustronne nie jest również prawdopodobne, bo mogłoby powstać tylko wskutek zmian w cewce albo sterczu (z następowym przerostem i rozszerzeniem pęcherza) lub w pęcherzu (kamica i t. p.), których również nie mogliby byli lekarze pominąć ze względu na objawy choroby, poprzedzające śmierć na czas dłuższy, ani też przeoczyć przy sekcji rozszerzenia pęcherza lub zawartego w nim kamienia.

W skrobiawicy (która zresztą mogła była powstać wobec wieloletniego ropienia wrzodu i apertury na nodze), prawie napewno byłyby równoczesne zmiany skrobiowate śledziony, które w swej najpospolitszej formie byłyby uderzyły przy sekcji powiększeniem i stwardnieniem tego narządu. W opisie sekcji wyraźnie jednak wymieniono śledzionę jako zdrową. Przytem tak w skrobiawicy, jak i w bardzo ostrem rozlanem zapaleniu nerek (które zresztą również mogło nagle powstać, jako tak zwane zapalenie *„e frigore"* w związku z polowaniem króla na kilka jeszcze dni przed śmiercią), oraz w zapaleniu ropnem wstępującem nie widziałem nigdy nerek większych rozmiarów niż



Fot. Nr. 2.
1. Nerka ludzka, 2. nerka torbielowata ludzka (Ren polycysticum), 3. nerka wołowa, płatowa.
Ze zbiorów Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. (Dyrektor: Prof. Dr. St. Ciechanowski).

12.5 długości, 7.5 szerokości, 7.0 grubości w skrobiawicy, a 11×7×7 w zapaleniu ostrem, natomiast nerki „jako wołowe" musiałyby mieć około 20×10×5 (pomiar nerki wołu zrobiłem na świeżej nerce wołowej w rzeźni). (Fot. Nr. 2.). Nacieki białaczkowe mogą wprawdzie powiększyć nerki aż do 14—15×8×7 cm, jednakże białaczkę można wykluczyć ze względu na objawy kliniczne i ze względu na brak zmian w innych narządach np. w wątrobie, których przy sekcji niepodobna przeoczyć. W ten sposób przez kolejne wykluczenie dochodzę do wniosku, że zmiana znaleziona przy sekcji króla Stefana była najprawdopodobniej torbielkowatością nerek *(renes polycystici).*

Przemawia za tem obustronność zmiany i rozmiary nerek, które w takich przypadkach dochodzą zwykle 18 — (20) × 9 — (10) × 8 — (9) cm (wedle pomiarów na okazach ze zbiorów Zakładu anatomji patologicznej U. J.), a nawet więcej (do 8 kg wagi). Pośrednio przemawia za tem także to, że ani Buccella ani autor opisu, „nie widział w żadnem ciele" nerek tak dużych ani „górkowatych"; łatwo to zrozumieć, bo zmiana ta jest wogóle bardzo rzadka. W krakowskim Zakładzie anat. patol. U. J. widziałem tylko 6 przypadków daleko posuniętej torbielkowatości wśród przeszło 40.000 sekcyj w ciągu lat 37, a przypadków bez znacznego powiększenia nerek tylko parę.

Jeżeli jeszcze zwrócimy szczególnie uwagę na znajdującą się w sprawozdaniu Gosławskiego wzmiankę, iż nerki były „górkowate nie gładkie", to rozpoznanie torbielkowatości nerek wydawałoby mi się zupełnie pewne, wobec zewnętrznego podobieństwa z płatowatemi nerkami wołu.

Nie stałoby ono w sprzeczności z przyjęciem, że niektóre objawy choroby króla w ostatnich dniach przed śmiercią były wyrazem mocznicy. Nawet w podręcznikach anatomji patologicznej znajduje się wzmianka, że w takich przypadkach może nagle powstać mocznica (*Kaufmann, Lehrbuch d. pathol. Anatomie,* wyd. VII/VIII z r. 1932, T. II., str. 1086: *„Die Träger von Zystennieren können häufig zwar sehr alt werden, aber schliesslich auch plötzlich urämisch zu Grunde gehen").* Kaufmann zaznacza, że przebieg może być utajony, a krwotoków rzekomo się zdarzających w przebiegu, wśród licznych przypadków *(„eine Anzahl von Fällen")* nigdy nie widział.

Także w starym, a na swój czas doskonałym podręczniku chorób wewnętrznych mówi Eichhorst *(Handb. der speziellen Pathologie u. Therapie,* wyd. V. z r. 1895, T. II, str. 680): *„Aber mitunter tritt plötzlich der Tod unter uraemischen Erscheinungen ein",* przyczem przytacza on własne spostrzeżenia z Kliniki w Zurychu, dotyczące mężczyzny, *„welcher plötzlich benommen wurde und unter starker Nackensteifigkeit und leichten Muskelzuckungen nach 4 Tagen verstorben war, während die Sektion nichts anderes als beiderseitige Cysteniere mässigen Grades ergab".* Taka nagła niedomoga nerek i szybka śmierć nie jest zresztą niczem nadzwyczajnem; analogją jest poniekąd śmierć nagła, czasem prawie zagadkowa, w toku długotrwałej wady zastawkowej serca i t. p.

Wobec bardzo wieloletniego i powolnego przebiegu (wzrastania) nerek torbielkowatych, mających swój początek w zboczeniach rozwojowych, nie możnaby wykluczyć nawet przejściowej niedomogi znajdujących się jeszcze w takich nerkach prawidłowych części miąższu, niedomogi, powstającej na szereg lat przed śmiercią. Jednakże tylko klinicyści mogą rozstrzygnąć, czy objawy chorobowe, występujące u Stefana Batorego jeszcze na Węgrzech (afazja i t. p.) możnaby tłumaczyć mocznicą zależną od takiej przejściowej niedomogi nerkowej.

C. d. n.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Leon GANGEL. Wareż.

Garść faktów i wrażeń z wycieczki do Leningradu.

Korzystając z wycieczki morskiej, urządzonej w celach turystycznych z Gdyni do Leningradu, postanowiłem w ramach tejże zapoznać się ze światem medycyny praktycznej w Sowietach. Ciekawiły mnie przedewszystkiem sposób praktyki codziennej lekarzy sowieckich i korzyści, jakie z tej zmienionej formy praktyki odnosi tamtejsza ludność.

Wolna praktyka lekarska, aczkolwiek dozwolona, w rzeczywistości prawie nie istnieje. Tu i ówdzie jakiś profesor uniwersytetu, lub inna sława lekarska zajmują się jeszcze prywatną praktyką — są to jednak ostatni mohikanie kapitalistycznego świata lekarskiego. Stosunkowo dużo lekarzy-dentystów uprawia praktykę prywatną. Zanik praktyki prywatnej daje się łatwo wytłumaczyć:

1) możnością bezpłatnego leczenia się każdego pracującego obywatela sowieckiego;

2) dostateczną i życzliwą opieką lekarską w ośrodkach zdrowia (profilaktorja).

W Leningradzie jest mało lekarzy, a pracy w instytucjach lekarskich tak dużo, że gdyby nawet lekarz chciał ordynować prywatnie, nie starczy mu na to czasu. Zanik wolnej praktyki lekarskiej — mam wrażenie — nie odbił się ujemnie na zdrowotności tamtejszej ludności, lecz owszem podniósł wydatnie możliwości leczenia się u szerokich warstw społeczeństwa.

Młodzi lekarze są według twierdzenia starszych kolegów niedostatecznie wykształceni w swoim zawodzie, co rzekomo pochodzi z przyśpieszonego tempa nauki na uniwersytetach rosyjskich w pierwszem dziesięcioleciu po rewolucji. Obecnie muszą oni dokształcać się praktycznie i teoretycznie, co się odbywa na specjalnych kursach, kierowanych przez profesorów i docentów. Od roku we wszystkich szkołach sowieckich zerwano z metodą eksperymentowania w nauczaniu i powrócono do starego systemu nauczania. W Rosji sowieckiej daje się zauważyć brak kandydatów na wydziały lekarskie. Młodzież z większą ochotą oddaje się naukom technicznym.

Oglądałem z możliwą mi dokładnością (wycieczka przebywała w Leningradzie 3 dni) profilaktorjum jednej dzielnicy leningradzkiej. Jest to instytucja, niemająca odpowiednika w żadnej z naszych instytucyj lekarskich. Jest w niej scentralizowana praca, należąca do ośrodków zdrowia, praca zapobiegawcza (propagandowa i praktyczna) oraz cały aparat diagnostyczny i terapeutyczny dla leczenia indywidualnego, słowem chory znajduje w tej instytucji wszystko, co mu może dać współczesna medycyna. Korzyści, wynikające ze scentralizowania wszelkich czynności lekarskich w jednej instytucji, są — mojem zdaniem — dla chorego cenne.

Profilaktorjum, które oglądałem roztacza opiekę nad mieszkańcami dzielnicy wołodarskiej, jest zakładem nowym, istniejącym dopiero 2 lata; posiada samowystarczalność gospodarczą, gdyż otrzymało od rządu gospodarstwo rolne o 100 ha ziemi. To gospodarstwo dostarcza wyżywienia chorym w czasie stałego pobytu w jednej z instytucyj profilaktorjum i personalowi zakładowemu. Profilaktorjum obsługuje dziennie około 4000 chorych, którymi opiekuje się 200 lekarzy. Mimo wielkiej ilości chorych nie stwierdziłem natłoku w żadnym oddziele profilaktorjum. Administracja, prowadzona systemem kartotekowym, szybko i sprawnie dyryguje chorych do ich miejsc przeznaczenia w zakładzie. Każdy pracujący w razie choroby zgłasza się w profilaktorjum swej dzielnicy (wybór profilaktorjum odbywa się wedle miejsca zamieszkania lub miejsca pracy chorego). Prócz tego w każdej fabryce jest lekarz, który udziela pierwszej pomocy choremu, a w razie potrzeby skierowuje go do przynależnego profilaktorjum. Tylko w wypadkach nagłych wolno choremu korzystać z najbliższej instytucji lekarskiej.

Po przejściu bramy profilaktorjum dostają się chorzy do wielkiego holu, w którem znajdują się 2 duże szatnie na odzież wierzchnią. To urządzenie — uważam — odpowiada dobrze wymogom higjeny. Potem chorzy wchodzą do dużej hali, gdzie znajduje się centralna registratura kartotekowa, obsługiwana przez kilku urzędników. Po otrzymaniu swej kartoteki chory może się zwrócić do jednego z oddziałów profilaktorjum. Oddziały są następujące: 1) ambulatorjum, 2) miejscowy szpital, 3) sanatorjum nocne dla chorych żołądkowo-kiszkowych, 4) sanatorjum dla piersiowo chorych, 5) sanatorjum dziecięce, 6) oddział chirurgiczny i położniczy, 7) oddział walki z gruźlicą, 8) oddział ortopedyczny i wodoleczniczy, 9) fizyko-elektro-terapeutyczny, 10) oddział badań i analiz klinicznych, 11) instytut bakterjologiczny, 12) biochemiczny, 13) instytut badania środków żywnościowych, 14) oddział wenerologiczny, 15) apteka, 16) sala na teatr, kino, bibljoteki i inne urządzenia rozrywkowe. Profilaktorjum posiada całkowity komfort: wodę bieżącą ciepłą i zimną, centralne ogrzewanie, sypialnie dwu- trzy-osobowe, jadalnie wspólne dla chorych każdego oddziału o systemie restauracyjnym. Wszędzie panuje bezwzględna czystość. Profilaktorjum ma do dyspozycji 2 aparaty rentgenowskie diagnostyczne i 1 terapeutyczny, 10 lamp kwarcowych, *sollux'y* oraz wszystkie urządzenia do terapji elektrycznej. Wszystkie aparaty są produkcji rodzimej.

Sanatorjum nocne opiekuje się chorymi, cierpiącymi na przewód pokarmowy, wydaje im w dzień przez lekarza zaordynowane pokarmy, z któremi udają się do swojej pracy, poczem (7-godzinny dzień pracy) wracają do sanatorjum, gdzie są traktowani jako chorzy szpitalni. Chorzy otrzymują pokarmy o wartości 4—5 tys. kaloryj. Statystyka wyników leczenia w sanatorjach nocnych przedstawia się następująco: zupełne wyleczenie u 70%, kliniczna poprawa u 25%, brak poprawy u 3—5% chorych. Sanatorjum nocne ma za cel wyuczyć chorego stosowania się do dietetycznych przepisów lekarza.

Walka z gruźlicą jest wzorowo zorganizowana. Bardzo celowym wydaje mi się przepis przymusowego badania całej rodziny chorego. Urządzenia oddziału walki z gruźlicą są nowoczesne.

Na oddziele wenerologicznym dowiedziałem się, że lekarz zwolniony jest z tajemnicy lekarskiej w stosunku do wenerycznie chorych, którzy bez jego zezwolenia zawierają związki małżeńskie. Ustawa przewiduje dla takich chorych karę 3-letniego więzienia.

Lekarze wszystkich oddziałów, zwłaszcza tych 2-ch ostatnich, prowadzą pracę oświatowo-propagandową we fabrykach i profilaktorjach. Lekarz nietylko leczy, ale i uczy chorych.

Dla nadania kierunku naukowego zakładom profilaktorjum, dochodzą jako konsultanci i nauczyciele dla lekarzy młodszych profesorowie i docenci uniwersytetu leningradzkiego.

Lekarz profilaktorjum pracuje 3 godz. dziennie w zakładzie, prócz tego udziela 6 wizyt chorym na mieście, za co dostaje miesięczną pensję w wysokości 250—300 rb. Ta płaca jest mniej niż wystarczająca na opędzenie potrzeb życiowych, co zmusza lekarzy do obejmowania drugiej posady celem podwyższenia pensji mies. do 500—600 rb. Lekarzom, chętnym do pracy niebrak żadnych środków i pomocy naukowych, rząd sowiecki popiera w całej pełni wszystkie dążenia lekarzy, zmierzające do rozwoju naukowego medycyny. Poza pracą zawodową lekarze muszą pracować administracyjnie, społecznie i naukowo. Lekarze rzeczywiście pilni i zdolni mają, — jak mnie informowano — możność zupełnego rozwoju swych indywidualnych cech i wybicia się.

Mimo że płaca lekarzy jest niewystarczająca a tem samem życie ich nie jest na różach usłane, jednak są oni jaknajlepszej myśli co do przyszłości, i twierdzą, że ich stosunki materjalne poprawiają się z roku na rok.

Opieka nad dzieckiem w Leningradzie może poszczycić się tak pod względem ilościowym jak i jakościowym dokonaną pracą. W Leningradzie jest 135 żłóbków dla dzieci, prócz tego znajdują się przy każdej fabryce pomieszczenia dla dzieci, podobnie w teatrach i parkach rozrywkowych, gdzie rodzice na czas zajęcia mogą oddać dzieci pod fachową opiekę. Żłóbek, który oglądałem, ma w swej opiece 45 wychowanków, podzielonych wedle wieku na oddziały osesków, pełzających i podrastających. Dzieci przyjmowane są na dzień lub na noc, stosownie do życzenia rodziców. Każdą grupą dzieci w ilości 10—15 zajmują się 2 fachowe siły: jedna pedagogiczna, a druga pielęgniarska. Prócz tego pracuje w tym żłóbku 3 lekarzy, którzy są równocześnie pedjatrami i pedologami. W żłóbku panuje bezwzględna czystość. Każda grupa dzieci ma oddzielną jadalnię, sypialnię i pokój zajęć. W grupie dla 3—4 letnich dzieci wychowankowie są tak przywykli do czystości, że obrus na stole jadalnym leży 2 tygodnie czysty, niesplamiony. W sypialniach trochę za ciasno, co jednak nie jest poważnym brakiem, gdyż dzieci tak latem jak i zimą przebywają prawie cały dzień na świeżem powietrzu. Po oddaniu dziecka do zakładu pielęgniarki chowają odzież domową, poczem następuje wysadzanie i kąpiel tuszowa. Dzieci otrzymują 2—3 tys. kaloryj. Odżywianie odbywa się ściśle wedle przepisu lekarza. W pokojach dla zajęć dziecięcych widziałem zabawki całkiem odmienne od zabawek naszych dzieci, wszystkie służą celowi przyzwyczajania dzieci do samodzielnej i kolektywnej pracy (młyny, koleje, aeroplany i t. d.). Dzieci redagują własną gazetkę ścienną, nieumiejące pisać wyrażają swe myśli rysunkami. U osesków przeprowadza się ciekawe badania wpływu muzyki i ich reakcji na nią. Dla dzieci rachitycznych posiada zakład lampy kwarcowe. Przy żłóbku istnieje ambulatoryjna poradnia dla matek. Żłóbki przyjmują dzieci bezpłatnie.

We willach skonfiskowanych arystokracji rosyjskiej założył sowiet leningradzki domy wypoczynkowe dla dorosłych robotników w czasie urlopu i dla młodzieży szkolnej. W tych domach uzyskują wypoczywający przez jeden miesiąc słońce, wodę, świeże powietrze i dobry wikt. Domy wypoczynkowe dla młodzieży są mniejwięcej tak samo urządzone jak żłóbki, mają jednak więcej zieleni, słońca i wody. Opiekę nad wypoczywającymi roztaczają lekarze, którzy są równocześnie kierownikami tych domów. W każdym z nich są wielkie bibljoteki, sale koncertowe i teatrzyki.

Ostatniem hasłem rzuconem dla szerokich warstw jest szerzenie higjeny domowego i zbiorowego życia. Mimo to uderza obcego w Leningradzie brud na ulicach bardziej odległych od centrum, w tramwajach i muzeach. Okna słynnego Eremitażu leningradzkiego nie są myte od kilku lat, sale niewietrzone. Domy nazewnątrz odrapane, brudne. Tłumaczono to nam nieznośnym klimatem leningradzkim.

W wolnym handlu istnieje na sprzedaż wódka 40% w cenie 7—8 rbl za litr, toteż na ulicy widać często pijanych. Brak owoców zwłaszcza zagranicznych (prócz cytryn) daje się odczuć. Stosunki mieszkaniowe: 9 m² mieszkania przyznaje ustawa każdej osobie. Światło elektryczne tanie. Kanalizacja tylko w centrum miasta niedawno założona. Zanik prostytucji. Życie rodzinne rozkwita. Brak poradni zapobiegających ciąży. Sztuczne poronienia obecnie bardzo utrudnione. Wypadki podrzucania dzieci i fabrykacji aniołków znikome. Kobiety w ciąży są zwolnione z pracy na 2 miesiące przed i po porodzie.

Zakaz dowozu lekarstw i specyfików zagranicznych z jednej strony, za mała produkcja lekarstw krajowych z drugiej strony powodują brak tychże i utrudniają leczenie.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 1. 1934. Sapa J.: Badania bakterjologiczne borowiny żegiestowskiej. — Korczyński L.: Etapy rozwoju Polskiej Balneologji i Klimatologji od połowy XIX wieku. (Spóźnione przyp. Red.).

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy. Nr. 4. 1934. Sroczyński St. i Sawicz K.: Znaczenie inhalatorjów i emanatorjów zdrojowych z uwzględnieniem własnych doświadczeń w Inowrocławiu. — Spektorowa W.: Szkoły-sanatorja dla dzieci „trudnych". — Korczyński L.: Wpływ klimatu górskiego na narząd krążenia.

Prasa Lekarska. Nr. 7. 1934 — zeszyt referatowy. Dodatek: *Monografje Lekarskie.* Nr. 5. 1934. Higier H.: Migrena i stany pokrewne.

Nowiny Lekarskie. Nr. 13. 1934. Sabatowski A.: Huculszczyzna. — Fenczyn J.: Spostrzeżenia kliniczne w przypadkach ziarnicy złośliwej, obserwowanych w klinice lekarskiej U. J. w latach 1922—1932. — Perl J.: W sprawie wytrzymałości blizny po cesarskich cięciach. — Wawrzyniak St.: Nowy aparat do odmy sztucznej.

Trzeźwość: Nr. 4—6. 1934. Michałowicz M.: Jak zwalczać alkoholizm. — Gantkowski P.: Zadania Państwa w walce z alkoholizmem. — Kalinowski K.: Czem są kursy w społecznej akcji przeciwalkoholowej. — Moczydłowska-Niekraszowa M.: Przemówienie na pogrzebie ś. p. Zofji Daszyńskiej-Golińskiej. — Rżewski A.: Łowiectwo dawniej i dziś. — Nocznicki T.: Obyczaje i nałogi. — Iżycki A.: Propaganda przy kieliszku — zawodna. — Krecińska St.: Świetlica „Trzeźwość“ na Annopolu.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 29. 1934. Witanowski W. R.: Badania nad składem chemicznym rosiczki okrągłolistnej Drosera Rotundifolia L. — Matus A.: Sposób odróżnienia wody gotowanej od niegotowanej.

OCENY.

O złośliwej t. zw. jadzicowej postaci błonicy. Doc. Dr. HOTTINGER. Berlin. 1932., nakł. S. Karger.

Pracę liczącą 86 stron druku autor dzieli na część epidemjologiczną, kliniczną i doświadczalną.

Na 178 przypadków, w tem 135 błonicy jadzicowej, leczonych w szpitalu w latach 1928 — 1931 wykazano ogółem 43,2% śmiertelności. Poszukiwania epidemjologiczne w otoczeniu chorych na złośliwą błonicę wykazały częstość zakażeń rodzinnych. Wskaźnik zaraźliwości wynosił 0.199.

Ogromna większość dzieci pochodziła z przedmieścia; śródmieście było przeważnie chronione.

75% z tych przypadków pochodziło z biedniejszych warstw ludności, ale nie z najbiedniejszych.

Zachorowywały dziewczynki zarówno jak i chłopcy, najczęściej między 5—10 r. życia. Dorośli z jadzicową błonicą zgłaszali się bardzo rzadko i prawie wszyscy wyzdrowieli.

Autor pojmuje złośliwą postać błonicy jako tę, która zdradza większość z 7 (siedmiu) zasadniczych objawów, do których zalicza: 1) rozległe naloty gardła, nosa i obrzęk miękkiego podniebienia, 2) charakterystyczny przenikliwie słodko-kleisty zapach z ust, 3) obrzęk gruczołów szyjnych, 4) wybroczyny i większe krwawienia jako oznaka skazy krwotocznej, 5) cechy uszkodzenia krążenia obwodowego, 6) wymioty, 7) udział nerek i wątroby.

Badanie bakterjologiczne w 15% przypadków nie wykazywało za I. razem bakteryj błoniczych, dopiero II. i III. badanie dawało wynik dodatni.

Na podstawie wywiadów autor nabiera przekonania, że dużo większa jest zaraźliwość dla otoczenia jadzicowej niż zwykłej błonicy. Naogół utarło się, że musi upłynąć kilka dni, zanim choroba dojdzie do największego nasilenia. Autor zaś twierdzi, że nasilenie to może osiągnąć szczyt już po 20 godzinach, a nawet niekiedy zaczyna się jako zakażenie od samego początku złośliwe, prowadzące do śmierci. Zestawia 132 przypadków o pewnych wywiadach co do czasu trwania choroby przed przyjęciem do szpitala i uważa za ogromną śmiertelność, bo wynoszącą 25% u dzieci, które otrzymały surowicę bł. w I. dniu choroby, następnie śmiertelność po zastosowaniu surowicy w II. dniu do 40% w IV — VI dn. do 53%, 25% śmiertelności u dzieci po zastosowaniu surowicy w I. dniu choroby przemawia, zdaniem autora, raczej za bezsilnością surowicy. Wzrost śmiertelności łącznie z późniejszem zastosowaniem surowicy nie musi być odniesiony do późnego zastosowania surowicy, a może do tego, że dzieci te są pozbawione przez dłuższy też czas odpowiedniej opieki szpitalnej i leczenia, nie licząc już powietrza, światła i t. p.

Omawiając ogólne cechy chorobowe autor podkreśla, że obniżenie ciśnienia krwi jest znakiem najbardziej wzbudzającym obawę; wywołane jest albo tylko przez porażenie nerwów naczyniowych, albo przez to ostatnie łącznie z zapaleniem mięśnia sercowego.

Charakterystycznem dla błonicy złośliwej jest powolny przebieg leczenia. Upływa 6—8 dni od zastosowania surowicy, zanim błony zaczynają się oddzielać, a obrzęk gruczołów trwa czasem niezmiennie tydzień. Cofnięcie się objawów miejscowych nie musi poprawić ogólnego stanu. Na zwłokach zmarłych na późne zapalenie mięśnia sercowego spotyka się we wnętrzu migdałków ropne ogniska z zarazkiem błonicy. Z powikłań spotyka się zapalenie płuc błonicze, uszkodzenia nerek; (ilość białka w moczu dochodziła do 12%); w żadnym przypadku autor nie spotykał czystej nerczycy, zawsze w osadzie znajdował domieszkę krwi, może jako oznakę skazy krwotocznej. Przyczem powiększanie się ilości wydzielanego moczu było zawsze oznaką poprawy.

Ze 178 chorych 1 zmarł wskutek porażenia mięśni oddechowych.

Na podstawie tych spostrzeżeń autor coraz bardziej umacnia się w przekonaniu, że w leczniczem działaniu surowicy nietylko swoiste, przeciwjadowe działanie odgrywa znaczenie ale również nieswoiste w znaczeniu Groera — ergotropowe. Z tą myślą autor poddał 30 przypadków błonicy zwykłej 1—2—3 stopnia leczeniu surowicą końską *„Haemostix“*, której zawartość przeciwjadu wynosiła mniej niż 1/100 J. O. w 1 cm³. Wszystkie 30 przypadków reagowały dobrze. Z dwóch dotkniętych błonicą jadzicową jedno dziecko zmarło na *pericarditis tuberculosa,* drugie wyzdrowiało — leczone jedynie *„Haemostix'em“*. Z objawowych środków autor zaleca strychninę, leczenie fizykalne ciepłem, dostarczanie obfitej ilości wody, luminal przy niepokoju ruchowym. Naparstnica nie dawała wyników. Czas choroby trwał łącznie z powikłaniami 10—12 tyg. Ale także po tym czasie mogą przyjść powikłania w postaci porażeń, zapalenia mięśnia sercowego i t. p.

W rozdziale badań doświadczalnych autor 1) zastanawia się, czy w ustroju chorym powstają jakieś warunki umożliwiające powstanie jadzicowej błonicy, 2) usiłował przez próby na zwierzętach z różnemi szczepami błonicy i różnego pochodzenia wyjaśnić pytanie, czy może określony jakiś bardzo złośliwy szczep odpowiedzialnym jest za powstanie błonicy jadzicowej, 3) rozważa lecznicze działanie surowicy błoniczej mianowicie, czy nie przypisujemy jej działania, któremu ona sprostać nie jest w stanie.

Ogólne wnioski autora:

1) Na podstawie badań doświadczalnych obala autor mniemanie, że toksyczna błonica powstaje przez zakażenie mieszane krętkami czy paciorkowcami. 2) Uważa za nieprawdopodobne powstawanie ogólnej posocznicy błoniczej. 3) szczególnie wysokiej zawartości jadu we krwi w żadnym przypadku nie znalazł. 4) Ilość cukru we krwi jest w jadzicowej błonicy nieco powiększona, jako oznaka uszkodzenia wątroby. 5) Możliwe, że dalsze badania wyjaśnią istotę jadzicowej błonicy w znaczeniu schorzenia zależnego od więzi ustrojowej.

Choroby posurowicze były często ciężkie i nieprzyjemne, ale w żadnym przypadku nie były grożące życiu. Na podstawie wyniku rozbioru zwłok autor stwierdza, że 1) typ charakteryzujący się przez *status thymico - lymphaticus* nie podlega szczególniej błonicy jadzicowej, gdyż na 42 dzieci, których zwłoki badano, dwa razy tylko znaleziono *status thymico - lymphat.* i po 2) że krótko trwający przebieg choroby nie pozwala na wytworzenie się zmian w mięśniu sercowym. Z 7 chorych (4 leczonych było dużemi dawkami surowicy) a zmarłych w I. dniu choroby, u żadnego nie stwierdzono zapalenia mięśnia sercowego, a zmarli oni wskutek porażenia naczyń. Co się tyczy leczenia, to autor rozpoczął od wstrzykiwań surowicy według wskazań Schicka, a doszedł do olbrzymich dawek 140.000 J. O., kierując się obrazem klinicznym, a nie wagą i wiekiem.

Sposoby, które stosował w podawaniu surowicy, ujmuje w 7 seryj:

I. serja — nie więcej jak 200—600 J. O. na kilogram.

II. serja — aż do niezwykle dużych dawek 140.000 J. O.

III. serja — podawanie dolędźwiowe, dożylne i śródmięśniowe.

IV. serja — łączenie surowicy przeciwbłoniczej z surowicą przeciwpaciorkowcową.

V. serja — leczenie osobliwą symbiotyczną surowicą (szczepy błonicze rosnące w symbiozie z paciorkowcami).

VI. serja — łączenie symbiotycznej surowicy z surowicą ozdrowieńców.

VII. serja — surowica ozdrowieńców i salwarsan.

Wszystkie te sposoby prowadziły do jednego wyniku; 1/3—1/2 wszystkich przypadków jadzicowej błonicy kończyła się śmiercią. Wkońcu zachęcony doniesieniami różnych autorów podawał w dniu przyjęcia natychmiast 10.000 J. O. sur. przeciwbłoniczej dolędźwiowo; 4.000 J. O. symbiotycznej surowicy i 4.000 J. O. domięśniowo. Względnie małe dawki dożylnych i domięśniowych wstrzykiwań były powtarzane 1—2—3 razy dziennie w ciągu 3—6 dni tak, że chory w sumie w 6 dniach otrzymał 60.000 J. O.

Wynik był nadzwyczajny, bo żaden z 15 leczonych w ten sposób nie zmarł. Jednak autor odnosi się do tego wyniku sceptycznie, zachęcając do dalszego jego wypróbowania. Możliwe, że właśnie to był okres łagodniejszego przebiegu, a po nim miał nastąpić okres gorszych wyników.

W doświadczeniach nad własnościami maczugowców błoniczych różnego pochodzenia dochodzi autor do następujących wniosków, że: 1) wprawdzie maczugowce uzyskane od pacjentów chorych na jadzicową błonicę dają się nieco łatwiej uzyskać

w czystej hodowli niż maczugowce zwykłej błonicy, wprawdzie zachodzą pewne różnice w doświadczeniach nad przemianą materji zjadliwych i banalnych szczepów, wprawdzie jadowite szczepy wykazują większą złośliwość niż szczepy zwykłej błonicy, to jednak zasadniczych różnic ani co do możności tworzenia jadów, ani co do zobojętniania przeciwjadami, między maczugowcami złośliwej błonicy, a zwykłej nie stwierdzono. 2) Różnice, które mogłyby być, są tylko do stwierdzania w większych badaniach okresowych, ponieważ prawie każdy szczep wykazuje swoiste cechy biologiczne. 3) Różnice znalezione między szczepami różnego pochodzenia jeszcze nie wystarczają, ażeby wyjaśnić powstawanie pewnego swoistego obrazu chorobowego, jak to ma miejsce w jadzicowej błonicy. One także nie wystarczają, ażeby wyjaśnić całkowity brak działania swoistej surowicy leczniczej. W doświadczeniach nad działaniem surowicy przeciwbłoniczej autor dochodzi do następujących wniosków: nietylko zawartość przeciwjadów w surowicy uskutecznia zniknięcie odczynu Schicka. Możemy przyjąć, że conajmniej 1 część zmian osiągniętych przez Schicka i jego współpracowników może być tłumaczona jako czyste działanie surowicy. Autor porównuje 30 przypadków leczonych surowicą przeciwbłoniczą i 30 przypadków leczonych surowicą końską. Z porównania wynika, że zwykła surowica końska taksamo dobrze wpływa na lekkie i średnio ciężkie stany błonicze jak surowica zawierająca przeciwjady. Także późniejsze uszkodzenia w równej ilości i ciężkości wystąpiły. Z dwu przypadków jadzicowej błonicy leczonych surowicą nieswoistą jedno zmarło na ***pericarditis tuberculosa,*** drugie wyzdrowiało. Autor nie przypisuje zbyt wielkiego znaczenia tym 2 przypadkom, jakoby jadzicowa błonica również dawała się leczyć surowicą nieswoistą; jednak jest zdania, że mniemanie szkolne o zobojętnianiu jadów przeciwjadami nie wytrzymuje krytyki. Autor nie spodziewa się przy ciężkiej błonicy cudu leczniczego od surowicy końskiej, ale nie może pozwolić na przyjęcie nowych domysłów tłumaczących znowu mylnie jadzicową błonicę jako ogólną posocznicę wywołaną nowym bodźcem.

Nie uważa również za możliwe, aby leczenie, które dotąd wywierało pomyślne działanie przy dobrotliwym charakterze błonicy, polecać jako wypróbowany sposób przy złośliwych postaciach.

Autor kończy pracę zwrotem:

„Legenda o swoistem działaniu surowicy przeciwjadowej załamała się i jesteśmy postawieni przed zagadnieniem szukania nowych dróg".

J. Jaskólska (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Obecność czynnika swoistego w moczu chorych na raka. MAX ARON. Pres. Méd. Nr. 41. 1934.

Autor opisuje odczyn, jaki występuje w nadnerczach królików wagi 1500 — 2000 g po wstrzyknięciu moczu chorych na raka lub inne nowotwory złośliwe. W nadnerczach takich stwierdza się pod drobnowidem zanik komórek lipoidowych w *zona fascicularis* substancji korowej. Sprawy zapalne swoiste i nieswoiste, ostre lub przewlekłe oraz ciąża odczynu tego nie wywołują. Clevers i Goormaghtigh obserwowali te same zmiany po wstrzyknięciu szczepionki przeciwospowej i jadu błonicy. Autorowie ci przypuszczają możliwość wywołania w ten sposób pewnego rodzaju uodpornienia przeciw wstrzykniętym substancjom. Chcąc się o tem przekonać, wstrzykiwał A. surowicę królików, które otrzymywały mocz rakowatych, królikom normalnym, którym w trzy dni później wstrzyknięto mocz chorych na raka. Okazało się, że na 17 przypadków tylko raz wystąpiły zmiany w korze nadnercza. Można stąd wysnuć przypuszczenie, że odczyn ten jest swoisty i że ciało zawarte w moczu chorych na raka posiada zdolność wytwarzania przeciwciał w krwi królika. W dalszej serji badań wstrzykiwano 7 królikom surowicę chorych na raka, a później mocz tychże chorych. Okazało się, że 6 razy odczyn w nadnerczu nie wystąpił. Zdaje się więc, że surowica krwi chorych na raka posiada te same własności, co surowica królików, którym wstrzyknięto mocz chorych na raka. Hipotetyczne ciało to może być albo produktem zwyrodnienia czy też przemiany materji komórki rakowej, albo być pochodzenia drobnoustrojowego. Hipotezy te stawia jednak autor z wielką rezerwą. Dalsze badania są w toku. Szczegółowy opis techniki wstrzykiwań. 11 mikrofotografij.

Z. Rychłowski (Lwów).

Miejscowe zmiany śluzakowate w chorobie Basedowa. L. ARZT. Med. Klin. Nr. 2. 1934.

Autor opisuje przypadek, w którym w przebiegu typowej choroby Basedowa wytworzyła się guzowata narośl tkanki śluzakowatej na podudziu po stronie wyprostnej. Guz ten miał typowe cechy tkanki śluzakowatej, tak mikroskopowe jak i makroskopowe. Autor tłumaczy to zjawisko, zresztą dotąd niezupełnie wyjaśnione, przyjmując możliwość zmian jakościowych w wydzielinie tarczycy; nie wzmożenie produkcji jej hormonu, lecz jakościową zmianę hormonu, w której to formie byłby w stanie wyzwolić w organizmie w pewnych organach objawy nadczynności w innych organach osłabionej czynności tarczycy. Inna teorja tłumaczy to zjawisko wahadłową czynnością tarczycy, a mianowicie tarczyca w pewnych okresach produkowałaby nadmiernie swój hormon, poczem przechodziłaby w okres depresji swej czynności wydzielniczej i w tym okresie mogłyby powstawać w miejscach predysponowanych zmiany śluzakowate. Najczęstsze usadowianie się tych zmian na kończynach dolnych i to po stronach wyprostnych możnaby wytłumaczyć ostatnią teorją: te bowiem części organizmu są najsłabiej ukrwione, przeto w okresach nadczynności tarczycy dopływająca ilość hormonu do tych miejsc byłaby mniejsza tak, że w okresie zmniejszenia produkcji hormonalnej tarczycy części słabiej zaopatrzone w hormon mogłyby ulec zmianom śluzakowatym.

Z. Godłowski (Kraków).

Wartość kliniczna dijodtyrozyny. F. W. LAPP. Med. Klin. Nr. 6. 1934.

Autor jest zdania, że w dwujodotyrozynie substancją działającą jest tylko jod, a jako wskazania do stosowania jej uważa tylko okres przygotowawczy do zabiegu usunięcia tarczycy, taksamo jak w tych razach używa się płynu Lugola.

Z. Godłowski (Kraków).

Oznaczanie lipazy we krwi jako przyczynek rozpoznawczy w schorzeniach trzustki. L. POPPER, R. SCHOLL. Med. Klin. Nr. 10. 1934.

Oznaczanie we krwi lipazy t. zw. atoksylowo-opornej w rozpoznawaniu ostrych, podostrych i przewlekłych schorzeń trzustki nie ma wielkiego znaczenia praktycznego dlatego, ponieważ sam sposób oznaczania jest zbyt trudny, a wyniki uzyskane są niepewne. Zwiększenia bowiem lipazy stwierdzano nietylko w schorzeniach trzustki, lecz także w cierpieniach wątroby, w cukrzycy, w niedokrwistości złośliwej, we wolach, rakach i t. p. Oznaczanie natomiast diastazy jest znacznie prostsze, a występowanie jej w innych schorzeniach jest znacznie rzadsze.

Z. Godłowski (Kraków).

Zatrucie radem i ciałami radoaktywnemi. NOVAK. Čas. Lék. Česk. Z. 42. 1933.

Zdarzają się zatrucia radem przy leczeniu szeregu chorób wewnętrznych. Wykazanem zostało, że istnieje kumulacja i odkładanie się radu oraz ciał radoaktywnych w tkance żywej. Najbardziej uszkodzony jest układ kostny. Wielkie znaczenie posiada sposób podawania. Mniejsze niebezpieczeństwo kryje podawanie radu drogą doustną, aniżeli drogą zastrzyków, lecz i tu należy zachować pewną ostrożność. Każdy, kto używa ciał radoaktywnych, i lekarz, który zapisuje je, i chorzy muszą pamiętać, że ciało radoaktywne jest lekiem i że należy postępować z niem, jak z lekiem.

Pijąc wodę lub używając kąpieli, powinno się pierwszeństwo dać emanacji, przy zastrzykach solami rozpuszczalnemi przed nierozpuszczalnemi, jeżeli nie można użyć emanacji. Autor żąda, by odpowiednie urzędy szczegółowo kontrolowały przetwory radu, by usuwały przetwory złe. Dzięki temu uniknąć można przypadków zatrucia radem, jakie mnożą się w Ameryce, a które narazić mogą wartość radologji na wielkie szkody.

Ungar (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Rentgenoterapja zapalenia wsierdzia i mięśnia sercowego. B. A. EGOROW (Moskwa). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 4. 1934.

Niezadawalające wyniki leczenia zapalenia mięśnia sercowego a szczególnie wsierdzia środkami farmakologicznemi i innemi skłaniają do poszukiwania innych metod leczenia. Leczono Roentgenem 7 przypadków; w 3 przypadkach leczenie R. zastosowano w fazie końcowej (dekompensacja z obrzękami, rozległe wynaczynienia, zatory) — przypadki te zakończyły się śmiertelnie. W 4 przypadkach z wyraźnemi objawami septycznego zapalenia wsierdzia, anemją, powiększoną śledzioną, palcami Hippokratesa — wynik leczenia był dodatni.

Przy zmianach gośćcowych następuje w *endo- myo-* i *pericardium* obrzmienie włókien łącznotkankowych, t. zw. „nacieki wczesne“ Klingego, a w następstwie *granuloma* Aschoffa, które mogą ulec wessaniu lub przechodzą w drugą fazę — reumosklerozy. W ten sposób powstają wady zastawkowe i inne „reumokardjosklerozy“.

Uwzględniając pomyślne wyniki rentgenoterapji przy innych ziarniniakach zakaźnych np. limfogranulomatoza, promienica, twardziel, niektórych ziarniniakach gruźliczych — proponuje A. zastosowanie promieni R. przy ziarniniakach Aschoffa.

Stosowano R. w małych dawkach zapalnych na okolicę serca i aorty; przeciętnie 3—4 naświetlania w odstępach 7—10 dniowych; po przerwie 1—2 miesięcy dalsza serja naświetlań. W wyniku leczenia stwierdzono uśmierzenie bólów i subjektywną poprawę: ustąpienie bicia serca, uczucia ciężaru i ucisku klatki piersiowej, duszności i t. p. Objektywnie stwierdzono: zmniejszenie tachykardji, ekstrasystoli i innych postaci niemiarowości. Promieniami R. możemy pozatem naświetlić odpowiednie odcinki układu sympatycznego i parasympatycznego, które są źródłem bodźców patologicznych dla serca.

M. Segal (Lwów).

Przypadek ciężkiej agranulocytozy z zejściem śmiertelnem w następstwie leczenia szczepionką durową. H. SCHUR. Med. Klin. Nr. 15. 1934.

Chory cierpiący od 6 lat na stwardnienie rozsiane przyjęty do szpitala 18 kwietnia, wypisany 19 maja 1931 r.; w tym czasie otrzymał 9 inj. szczepionki durowej aż do najwyższej jednorazowej dawki 50 M. K. 7 razy podniesienie ciepłoty ponad 38°. Poprawa w nerwowem cierpieniu.

Ponownie przyjęty do szpitala w końcu maja 1931 r. spowodu pogorszenia ogólnego stanu nerwowego i do lipca 1931 r. otrzymał 16 inj. szczepionki durowej do najwyższej pojedynczej dawki 300 M. K. Bardzo znaczna poprawa.

2 października 1933 r. zaczął gorączkować, wystąpiły niebieskie plamki na całem ciele. 12 października przyjęty do szpitala nie zdradza żadnych wyraźnych cech organicznego nerwowego schorzenia, natomiast na skórze wynaczynienia do wielkości dłoni — liczne, silne krwawienia z nerek, z dziąseł, i wrzodziejąco-przerostowe zapalenie błony śluzowej ust.

Badanie krwi wykonane w dniu przyjęcia: C. cz. 2,880.000. Sahli 67%. Leukocytoza 700! Płytek krwi 0. W rozmazie: myeloblastów 4%, promyelocytów 58%, myeloblastów 12%, obojętnochłonnych 7%, limfoc. 16%, mon. 1%. Ferrala komórki 2%.

Ze względu na brak płytek krwi i stojące z tem w związku krwawienia, zastosowano prom. Roentgena. Naświetlanie to, wykonane 14 października, dało wzniesienie się liczby leukocytów na 1.000 i płytek krwi na 50.000.

Przy objawach jednak wzmagającego się ogólnego osłabienia, krwawień ze skóry, nerek, podniebienia, nastąpiła śmierć.

Sekcja wykazała między innemi: szpik kostny zmieniony tłuszczowo, mikroskopowo prawie bez elementów komórkowych. Badanie mikroskopowe śledziony wykazało wyraźną szpikową metaplazję, jaką spotykamy przy ostrych „myelemjach“. W barwionym preparacie śledziony spotyka się promyelocyty, bardzo liczne myelocyty, myeloblasty; brak leukocytów segmentowanych, brak kwasochłonnych. Pojedyńcze komórki bardzo duże z bardzo delikatną ziarnistością przypominającą komórki Ferrala. Hemohistjoblasty; pojedyńcze normoblasty.

Autor rozważając takie jednostki chorobowe, jak trombopenja, aleukemja, panmyeloftyza i ostre białaczki, skłania się przypadek ten traktować jako daleko idące pierwotne uszkodzenie szpiku kostnego, coby odpowiadało panmyeloftyzie Franka. Chociaż przypadek ten odchyla się od tej jednostki chorobowej przez obecność we krwi c. czerwonych jądrzastych, i przez to, że większa część nielicznych leukocytów wyrażana jest przez niedojrzałe postacie szeregu granulocytowego — myeloblasty, promyelocyty i myelocyty.

Tłumaczyć to sobie można ciężkiem schorzeniem miejsc tworzenia się krwi, które z jednej strony upośledza regenerację komórek ziarnistych, z drugiej strony tak uszkadza małą ilość granulocytów, które dostają się do krwi, że rozwinięcie się ich do wielojądrzastych postaci jest niemożliwe lub opóźnione.

Takie przypadki nie są wielką rzadkością. W naszym ciekawa jest etjologja.

Wiemy, że dur brzuszny przebiega zawsze z wyraźną leukopenją i bardzo często z daleko idącem zmniejszeniem się ilości granulocytów. Szczepienia durowe dokonywane celem uodpornienia przeciw durowi podczas wojny wywoływały te same zmiany we krwi, co tyfus i paratyfus. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że szczepionka durowa prowadzi do podobnych zmian w szpiku kostnym. Hirszfeld po częstych szczepieniach durowych wykazywał u świnek morskich zamianę szpiku kostnego na szpik tłuszczowy.

Często etjologiczne uzależnienie zmian we krwi od szczepień durowych może być przeoczone na skutek tego, że czas między ujawnieniem się zmian we krwi a leczeniem czy szczepieniem durowem jest zwykle długi.

Znane są w piśmiennictwie przypadki w liczbie pięciu podobnych zmian obrazu krwi po leczeniu szczepionkami durowemi: w I. przyszło do przejściowej trombopenji i skazy krwotocznej; w II. do mieszanej limfatyczno-szpikowej reakcji; w III. do przewlekłej limfatycznej białaczki; w IV. do przewlekłej myelemji; w V do agranulocytozy, tak jak w naszym przypadku.

Pozatem są opisane 2 przypadki neutropenji i reakcji limfatycznej po paratyfusie.

Fakt, że toksyna durowa może prowadzić do różnych zaburzeń tworzenia krwi od prostej trombopenji przez agranulocytozę z reakcją szpikową, względnie limfatyczną aż do chronicznych typowych myelemij i limfemij, jest dowodem, że wszystkie te schorzenia posiadają fizjologiczne powinowactwo, a teorje patogenezy białaczek powinny tę okoliczność uwzględnić. Dla praktycznej terapji wynikałoby z tych spostrzeżeń ostrzeżenie przed stosowaniem toksyn bakteryjnych a specjalnie durowych. Gruntowne, latami przeprowadzane kontrole obrazów krwi byłyby dla patogenezy białaczek cennym materjałem.

Dr. J. Jaskólska (Kraków).

W sprawie policytemji. J. A. SMELIANSKI (Kijów). Wracz. Dieło. Nr. 12. 1933.

Przypadek policytemji o przebiegu odmiennym aniżeli opisywane dotychczas przypadki. Poza zespołem wątrobowo-śledzionowym stwierdzono zaburzenia w wydzielaniu trzustki, jednakowoż nie dało się ustalić, jaki jest związek między zaburzeniami wydzielniczemi trzustki a policytemją. Drugą właściwością danego przypadku jest brak krzepliwości krwi *in vitro*. W przeciwstawieniu do zwykłych przypadków policytemji typu Vaqueza, które cechuje zwiększona krzepliwość krwi, prowadząca niekiedy do trombozy naczyń ważnych narządów — w opisanym przypadku stwierdzono brak krzepliwości krwi.

Autor przypuszcza, że przyczyną tego zjawiska jest nadprodukcja antykinazy hamującej aktywację trombokinazy, jako następstwo porażenia zespołu wątrobowo-śledzionowo-trzustkowego. Przemawia za tem również wynik stosowania wyciągów śledziony, po których krew otrzymała własność krzepnięcia.

Nadmiar ciałek czerwonych jednak nie uległ zmianie.

M. Segal (Lwów).

Arteriitis naczyń skroniowych. B. T. HORTON, T. B. MAGATH, G. E. BROWN. Arch. of Int. Med. Nr. 3. 1934.

Kazuistyka dwóch przypadków, a to kobiety lat 55 i mężczyzny lat 68. U obojga były objawy: gorączka, osłabienie, brak łaknienia, utrata wagi, niedokrwistość, niewielka leukocytoza, bolesność i wrażliwość w zakresie przebiegu naczyń skroniowych. W obu przypadkach stwierdzono obecność *peri-* i *arteriitis* tych naczyń. Leczenie tutaj zastosowane sprowadziło widoczną poprawę. Pomimo tego jeden z tych przypadków zmarł po 2-ch latach wśród objawów niedomogi sercowo-nerkowej.

Z. Tomanek (Lwów).

Postać skórna choroby Banga. J. S. FLANCZIK i W. N. FREJFELD. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 5. 1934.

Szczegółowy opis przebiegu przypadku zakażenia pał. Banga drogą skórną, przyczem objawem dominującym było zajęcie skóry. Pacjentka lat 25, laborantka stacji weterynaryjnej, w czasie pracy upuściła z rąk probówkę z żywą hodowlą pał. Banga, przyczem odłamkami szkła skaleczyła sobie nogę. Zakażenie nie zostało rozpoznane, pacjentka bezskutecznie leczyła się przez 7 miesięcy, wreszcie w Instytucie bakterjologji weteryn. zbadano wydzielinę ze zmian skórnych i krew na aglutynację. Z posiewów wyhodowano czystą hodowlę pał. Banga, odczyn zlepny z pał. ronienia zakaźnego Banga wypadł dodatnio w rozcieńczeniu 1:1200.

Zastosowano leczenie autowakcyną. Nowe ogniska nie tworzyły się. Chora opuściła klinikę w dobrym stanie.

M. Segal (Lwów).

Gruźlicze zapalenie płuc wyleczone sztuczną odmą piersiową. J. GOYECHEA. Actualidad Médica Mundial. Nr. 35. 1933.

Osobnik 19-letni, wykazujący ognisko zapalne w dolnym płacie prawego płuca — leczony był sztuczną odmą piersiową. Dalsze dopełnienia spowodowały zniknięcie prątków Koch'a w plwocinie, znaczny przyrost wagi i możność podjęcia pracy.

Mester (Kraków).

O wczesnych zaburzeniach pęcherzowych w organicznych schorzeniach systemu nerwowego. LICHTENSTERN R. i MARBURG O. Z. f. urolog. Chirurgie. Tom 38. Nr. 3—4.

Doniosłość zaburzeń pęcherzowych w schorzeniach systemu nerwowego polega z jednej strony na ich bardzo częstem występowaniu (w wiądzie rdzenia i stwardnieniu rozsianem w 90%) oraz na tem, że zejście śmiertelne w powyższych schorzeniach jest bardzo często następstwem tych zaburzeń.

Lachs (Kraków).

Leczenie białkiem podanem pozajelitowo wrzodów żołądka i dwunastnicy. R. G. BOSCH. El Dia Médico. Nr. 25. 1934.

Według autora mechanizm proteinoterapji wrzodów żołądka i dwunastnicy jest następujący: 1) zniesienie skurczów mięśniowych (przewyższa działanie atropiny i papaweryny); 2) zniesienie skurczów naczyniowych z następowem rozszerzeniem naczyń, 3) przywrócenie odczynu zapalnego w miejscu owrzodzenia (odczyn ogniskowy), 4) zwiększenie odnowy tkanek, 5) zwiększenie przeciwpepsyny we krwi, 6) działanie przeciwzakaźne. Wrzody krwawiące i bolesne są szczególnem wskazaniem dla proteinoterapji.

Mester (Kraków).

Pochodzenie śledzionowe plamicy w schorzeniach wątroby. P. ABRAMI i J. FONQUET. Nutrition. T. III. Nr. 6. 1933.

Plamicy, występującej u chorych na wątrobę, towarzyszą następujące objawy: przedłużenie czasu krwawienia, objaw opaskowy, bardzo często zmniejszenie kurczliwości skrzepu z zmniejszeniem ilości płytek. Natomiast czas krzepnięcia jest prawidłowy. Są to objawy charakteryzujące hemogenję. Z drugiej strony autor kładzie nacisk na to, że u osobników, cierpiących na schorzenie wątroby i okazujących objawy krwotoczne napotyka się objawy, wskazujące na uszkodzenie układu śledzionowo-śródbłonkowego; psy zatruwane fosforem po usunięciu śledziony nie wykazują objawów krwotocznych. Plamica u osobników ze schorzeniem wątroby i plamica w hemogenji są identyczne. Istnieje tylko jedna hemogenja, będąca schorzeniem śledzionowo-śródbłonkowem.

Mester (Kraków).

Rozpoznawanie miażdżycy tętnic. E. MAGNUS-ALSLEBEN. Med. Klin. Nr. 10. 1934.

Poza powszechnie znanemi objawami miażdżycy tętnic, a w szczególności tętnicy głównej, jak zaakcentowanie II tonu nad aortą, dalej stwardnienie tętnic obwodowych, wyczuwalne już przy zwyczajnem obmacywaniu, podniesienie ciśnienia krwi i t. d., autor wprowadza znaczenie działania elastyczności ściany aorty dla pracy serca, która uginając się pod naporem ciśnienia krwi popychanej przez serce nieznacznie ustępuje, powracając stopniowo dzięki swej elastyczności współdziałając w posuwaniu dalszem krwi. Przy zesztywnieniu zaś jej ściany czynnik ten odpada. Różnica w szybkości posuwania się fali krwi na różnych tętnicach może być również wskaźnikiem nasilenia się procesów miażdżycowych w danych naczyniach. W tym celu posługuje się autor t. zw. różnicą czasową radjo-femoralną, która w prawidłowych razach zazwyczaj wynosi 0,01, zaś przy procesach miażdżycowych dochodzi nieraz do 0,5 sek. Obraz rentgenowski daje oddawna znane objawy, jak wydłużenie i rozszerzenie cienia aorty, silne wypuklenie łuku aorty, wybitne zarysowanie cienia tętnicy głównej zstępującej, uwidoczniając ją — niekiedy wzdłuż całej klatki piersiowej aż do przejścia przez przeponę. Kimografja może również oddawać niekiedy w tych razach pewne usługi.

Z. Godlowski (Kraków).

Autohemoterapja przy ostrym gośćcu. A. CHOCHŁOW (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 4. 1934.

A. leczył 103 przypadków ostrego gośćca zastrzykiwaniami krwi własnej chorych w ilości 3—10 cm^3 co 2—3 dni. Nie zaobserwowano odczynu miejscowego ani ogólnego, natomiast szybkie ustąpienie bólów i spadek ciepłoty (u większości chorych około 5 dnia), a w miarę ustępowania tych objawów zmiany przedmiotowe w stawach i tkance okołostawowej. 26 chorym podawano jednocześnie preparaty salicylowe, jednakże przebieg choroby w tych przypadkach nie różnił się od pozostałych, w których salicylu nie podawano.

M. Segal (Lwów).

Namiastka chininy — alumen ustum. N. A. KUSZEW (Saratow). Sow. Wracz. Gaz. Nr. 8. 1934.

Alumen ustum jest to dawno zapomniany środek przeciw zimnicy, stosowany z powodzeniem przez lekarzy angielskich ubiegłego stulecia. Zmuszony zupełnem wyczerpaniem zapasów chininy w Saratowie a. zaczął stosować *Al. ust.* sproszkowany w dawce 1,0 g trzy razy dziennie w ten sposób, że pierwszy proszek podawano 6 godzin przed spodziewanym napadem, drugi — 3 godziny przed napadem, a trzeci w godzinę przed napadem zimnicy, popijając szklanką przegotowanej wody. Leczenie *Al. ust.* stosowano przy trzeciaczce; proszki podawano w ciągu tygodnia.

Leczenie *Al. ust.* stosowano w 274 przypadkach zimnicy, przyczem w 179 przypadkach bez wyniku, a w 95 przypadkach stwierdzono poprawę: z tych — w 53 przypadkach napady ustały zupełnie, a w 42 przypadkach nastąpiła znaczna poprawa. W 9 przypadkach znikły pasorzyty ze krwi. Zastanawiając się nad tem, czy warto stosować tak niepewny i mało skuteczny środek, a. dochodzi do wniosku, że *Al. ust.* bezwarunkowo nie może zastąpić chininy, jednakże przy wielkim braku chininy należy środek ten stosować, szczególnie po wsiach pozbawionych całemi tygodniami grama chininy.

M. Segal (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

W sprawie działania jadu kobry w przypadkach bólów i nowotworów. A. ORTICONI. Pres. Méd. Nr. 6. 1934.

Autor przypomina wyniki Laignel-Lavastina i Koressiosa, którzy stwierdzili, że jad kobry wstrzyknięty podskórnie usuwa bóle u chorych na raka. Jedno wstrzyknięcie co 8—10 dni wystarcza, by chory zupełnie nie odczuwał bólu. Morfina staje się zbyteczna. Monaelesser i Taguet opublikowali 115 przypadków nowotworów najrozmaitszych narządów, w których nietylko bóle ustąpiły, ale co ciekawsze spostrzegano mniej lub więcej zaznaczone cofanie się nowotworu. Wstrzykiwano ½ cm^3 płynu zawierającego 2½ do 20 i więcej jednostek mysich, uważając za jednostkę mysią dawkę jadu, która zabija myszkę wagi 25 g w 5—7 godzin. Badania Calmette'a potwierdzają skuteczne działanie jadu kobry. Autor stosował jad kobry w przypadku raka odbytnicy z rozpoczynającą się kacheksją. Po 3 injekcjach zniknęły bóle, krwawienia, apetyt powrócił ponad normę a chory odzyskał kompletną swobodę ruchów. Autor radzi wstrzykiwania przeprowadzać podskórnie w miejscu najsilniejszego bólu względnie w guz lub jego okolicę. Czynnikiem uśmierzającym bóle są neurotoksyny, których jad kobry zawiera dużą ilość. Wiążą się one, według Calmette'a, z fosfatydami komórek nerwowych, nie uszkadzając przewodnictwa ruchowego. Oprócz tego znajdują się w jadzie kobry substancje toniczne, które powodują u chorych polepszenie się stanu ogólnego. Pozostaje jeszcze do wytłumaczenia spostrzegane cofanie się nowotworu. Znany jest fakt, że szczepienie przeciw pewnemu jadowi może wywołać odporność przeciw innemu jadowi lub toksynie bakteryjnej. Calmette wykazał na królikach, że jad kobry wywołuje odporność przeciw jadowi wścieklizny. Może być więc, że istnieje pewien antagonizm między jadem kobry a guzem złośliwym. Leczenie jadem wężów znane było już oddawna, znajduje zastosowanie u homeopatów w dawkach 1/1 miljonowej części miligrama a także i w Indjach.

Zb. Rychlowski (Lwów).

Leczenie jadem wężów. A. RAVINA. Pres. Méd. Nr. 1. 1934.

Doświadczenia Calmette'a, Saenza i Costila na myszkach dowiodły, że jad wężów wstrzyknięty myszce białej nie posiada własności zapobiegawczych powstawaniu guza złośliwego. Jad wstrzyknięty myszkom chorującym na gruczolako-raka powoduje rozpad lub resorbcję nowotworu w 15—20 dniach. U ludzi jad kobry wstrzykiwany podskórnie powoduje ustanie bólów wywołanych przez nowotwory, zwłaszcza w przypadkach ucisku nacieku nowotworowego na pnie nerwów mózgowych, ramieniowych i kulszowych. Wyniki otrzymane przez różnych autorów są jednak bardzo niejednolite. Ostatnio Peck i Goldberger stosowali z powodzeniem jad wężów w przypadkach uporczywych krwawień macicznych, niedających się opanować innemi środkami.

Zb. Rychlowski (Lwów).

Różnice konstytucjonalne u kobiet węgierskich i niemieckich ze szczególnem uwzględnieniem uszkodzeń części miękkich podczas porodu i ich skutki. ZOLTAN VON SZATHMARY. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Podczas podróży naukowej po klinikach niemieckich zwrócił autor uwagę na znaczne różnice w częstości pęknięć krocza u kobiet niemieckich w porównaniu z kobietami węgierskiemi. To spostrzeżenie pobudziło go do przeprowadzenia porównawczej statystyki między klinikami niemieckiemi, skandynawskiemi, wiedeńskiemi z jednej strony, a węgierskiemi z drugiej. Opierał się autor na danych z piśmiennictwa. Z porównań tych okazało się, że podczas gdy częstość pękania krocza u narodów germańskich wynosi przeciętnie 19% wszystkich porodów, u Węgierek osiąga 47.2%. Główną przyczynę tej różnicy upatruje autor w niejednakowej budowie miednicy i mięśni tych dwóch ras. Kobieta typu germańskiego jest wyższa i posiada miednicę obszerniejszą

niż Węgierka, waga noworodków zaś u jednej i u drugiej jest przeciętnie jednakowa. Węgierka, zdaniem autora, jest szczuplejszą i okazuje cechy mniejszej wartościowości, niż germanka. Następstwem tych częstych obrażeń krocza u Węgierek są znacznie częstsze przypadki obniżeń i wypadnięć macicy, niż u kobiet germańskich. *J. Lenczowski* (Lwów).

Uproszczenie odczynu Aschheima-Zondeka i praktyczne znaczenie tegoż. A. M. AGARONOW. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Autor zachwala stosowanie modyfikacji odczynu Aschheima-Zondeka, podanej przez Brauha, Hinglais i Simmonet, a polegającej na używaniu białych myszek-samców dowolnego wieku. Badania własne autora na 65 przypadkach ciąży i chorób ginekologicznych potwierdziły w całej rozciągłości pewność wyniku. *J. Lenczowski* (Lwów).

Nowy objaw kliniczny aktywności folikuliny: sprawdzian (test) sutkowy. GEORGES SAUPHAR. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. Nr. 5. 1934.

Autor zwrócił uwagę na przekrwienie i powiększanie się gruczołów piersiowych po wstrzyknięciu 1 mmg folikuliny t. j. 10.000 jedn. międzynarod. Objaw ten pojawiał się po upływie 26 godz. i utrzymywał się nawet do 6 dni po wstrzyknięciu bedźwinianu folikuliny. Po podaniu dwu-hydro-folikuliny w 65% pojawiał się po 32 godz. Słabiej działała folikulina krystaliczna, dodatnie wyniki wystąpiły w 15%. W przypadkach, w których czynność płciowa ustała, reakcja ta nie występowała. *H. Newlińska* (Lwów).

Przyczynek do sprawy przebicia macicy podczas skrobanki. M. KAKUSZKIN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 3.

Dokładne rozważenie 9 przypadków przebić macicy podczas usuwania ciąży nasunęło autorowi kilka myśli co do postępowania w tem powikłaniu. Przedewszystkiem należy przed skrobanką dowiedzieć się w wywiadach, czy nie istnieją w danym przypadku momenty, zmniejszające wytrzymałość mięśnia macicznego (przebyte zapalenia, ilość przebytych porodów i poronień i t. d.), gdyż operacja przerwania ciąży jest wtedy szczególniej niebezpieczną i wymaga większej uwagi operatora. W niektórych przypadkach macica może sama nadziać się na wprowadzony instrument dzięki temu, że macica ciężarna wykonuje ruchy czynne, spowodowane zmieniającemi się fazami skurczu i rozkurczu. Dlatego wszelkie manipulacje w macicy winny być bardzo ostrożne. W niektórych przypadkach uszkodzenie może samoistnie się wygoić. W większości jednak przypadków należy wykonać otwarcie jamy brzusznej i to drogą pochwową, i zeszyć otwór perforacyjny. Wyjątkowo, gdy istnieją obrażenia narządów wewnętrznych, należy jamę brzuszną otworzyć przez powłoki. Autor uważa, że zeszycie macicy, wykonane dokładnie, goi się doskonale i nie pozostawia żadnego śladu. *J. Lenczowski* (Lwów).

Okulistyka.

O leczeniu nieoperacyjnem łuszczki jagliczej. R. SOKOŁOWSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 2—3. III. 1933.

Autor jest zdania, że łuszczka jaglicza powstaje wskutek pocierania rogówki przez nierówną spojówkę na górnej powiece i polemizuje z Pinesem, by efekt operacji Deniga polegał na lepszem ukrwieniu i odżywieniu rogówki. Operacja ta ma tylko skutek mechaniczny, gdyż gruby płat wszczepionej błony śluzowej podnosi powiekę i zapobiega jej ocieraniu o rogówkę. W leczeniu łuszczki jagliczej najważniejsze znaczenie ma masaż powieki, który autor wykonuje własnym sposobem. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Przyczynek do statystyki jaglicy. M. SEIDLER-DOWBUSZOWA. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 1. III. 1933.

Zestawienie obejmuje materjał Kliniki okulistycznej we Lwowie w latach 1927—1932 włącznie. Odsetek jaglicy uległ w tym okresie zmniejszeniu z 6,9% na 2,5%. Ilość nowozgłoszonych przypadków jaglicy spadła z 387 na 87. Podobnie też naogół zmniejsza się ilość przypadków jaglicy ziarnistej, a zaczynają przeważać przypadki jaglicy bliznowatej z powikłaniami, co autorka tłumaczy przysyłaniem do kliniki przypadków cięższych z ośrodków przeciwjagliczych. Chorzy byli przeważnie o niskim poziomie kulturalnym i leczyli się tylko okresowo, jedynie w celu zmniejszenia swych dolegliwości. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

W sprawie rozpowszechnienia jaglicy wśród młodzieży szkół powszechnych na Nowym Bródnie w świetle badań przeprowadzonych w miejscowej poradni przeciwjagliczej. M. MANTINBAND. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 3. II. 1932.

Autor zwraca uwagę, że większy procent dzieci choruje na jaglicę, niż dorosłych, 0,6—0,7% według własnej statystyki. Natomiast statystyki oficjalne podają 3—5% jaglicy u dzieci. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Występowanie i zwalczanie jaglicy w 1930 i 1931 r. M. ZACHERT. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 2—3. III. 1933.

W obszernem sprawozdaniu, z którem należy się zaznajomić w oryginale, autor podaje cyfry tyczące się zgłoszeń nowych przypadków jaglicy, zapadalności w poszczególnych województwach, występowania jaglicy w szkołach i wśród poborowych. Ponadto kreśli rozwój i działalność przychodni przeciwjagliczych, działalność zakładów i kolumn przeciwjagliczych, oraz sprawę szkolenia lekarzy i propagandy. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Zwalczanie jaglicy we Lwowie. J. MIKULIŃSKA. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 3. II. 1932.

Autorka podaje wyniki akcji zwalczania jaglicy w latach 1927—1931. Ilość zgłoszonych zachorowań spadła z 373 na 145, odsetek jaglicy w szkołach spadł z 0,32% na 0,10%, a z zakładów opiekuńczych jaglica zupełnie zniknęła. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Jaglica w województwie łódzkiem. S. ŁADYŃSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 4. II. 1932.

Województwo łódzkie jest bardzo zajagliczone; ilość chorych wśród poborowych wynosi 5,2%, a w niektórych powiatach dochodzi nawet do 12%. W roku 1930 leczono 11.393 chorych jagliczych z 1.538 rodzin. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Dwuletnia akcja zwalczania jaglicy w woj. wileńskiem. L. ROSTKOWSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 4. II. 1932.

Działalność lecznicza i organizacyjna inspektoratu przychodni przeciwjagliczych w woj. wileńskiem. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

Krótki zarys przebiegu zwalczania jaglicy w Chrzanowie. Przegl. Trach. i Okul. Społ. Nr. 4. II. 1932.

Akcja zwalczania jaglicy została zaczęta w r. 1925. W II. półroczu r. 1931 autorka stwierdza znikanie epidemji jaglicy. *Dr. J. Grzędzielski* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 marca 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz.

1. Przewodniczący wita gościa Towarzystwa Profesora Redinga z Brukseli i prosi go o wygłoszenie wykładu.

2. Prof. Uniwersytetu w Brukseli Dr. Renée Reding wygłosił wykład p. t.: *„Les altérations humorales de l'état précancereux"*.

Po wykładzie Prof. Oszacki wygłosił w języku francuskim przemówienie, podnosząc wielkie zasługi Prof. Redinga na polu badań nad rakiem.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 kwietnia 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz.

1) Doc. Dr. Szymanowicz, ordynator oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza, przedstawił 6 preparatów operacyjnych mięśniaków w ciąży i w połogu, oraz wygłosił wykład o zachowaniu się mięśniaków macicy w ciąży i w połogu. (Przeznaczone do druku).

2) Dr. Jakób Syrop wygłosił odczyt p. t.: „Choroby infekcyjne i układu nerwowego a patogeneza paradentozy. Leczenie ropienia i zaniku dziąseł". (Przeznaczone do druku).

Protokół posiedzenia naukowego, które odbyło się w sali wykładowej Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. Jag. dnia 18 kwietnia 1934 r.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz.

1. Kol. Ferens przedstawił przypadek *nowotworu kręgosłupa z objawami nerwowemi*. (Przyp. będzie opisany szczegółowo).

W dyskusji zabrał głos Prof. Pieńkowski.

2. Kol. Rajchel przedstawił przypadek *zapalenia wielonerwowego u chorego gruźliczego w przebiegu leczenia aurosanem*. (Przyp. będzie opisany szczegółowo).

W dyskusji zabrał głos kol. Dziuba.

3. Kol. Ślączka przedstawił mężczyznę lat 20 *z zespołem tłuszczowo-płciowym*, wzrostem karlim (wysokość 142 cm, ciężar ciała 48 kg), poliurją, polidypsją, obniżeniem przemiany materji spoczynkowej, zaznaczonym niedowładem lewostronnym, niezbornością statyczną, oraz hemiambliopją bitemporalną. Na dnie oka tarcza zastoinowa. W obrazie rentgenologicznym zmiany siodełka tureckiego oraz bezpostaciowe złogi wapniowe nad siodełkiem.

Rozpoznanie: guz Erdheima względnie *craniopharyngeoma suprasellare*. Po pierwszej serji naświetlań Roentgenem znaczna poprawa.

W dyskusji zabierali głos kol. Landau i kol. Kirschner, Doc. Szymanowicz, kol. Bornstein i *w odpowiedzi* kol. Ślączka.

4. Kol. Horodeński przedstawił przypadek *guza wewnątrzrdzeniowego*.

5. Doc. Dr. Brzezicki przedstawił sekcyjny przypadek *glejaka prawej półkuli mózgu*. (Przyp. będzie opisany szczegółowo).

W dyskusji zabierali głos Doc. Szymanowicz i *w odpowiedzi* Doc. Brzezicki.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 kwietnia 1934 roku.

Przewodniczący: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

1) Dr. Franciszek Łukaszczyk, Dyrektor Instytutu Radowego imienia Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie, wygłosił wykład p. t.: *„Warunki uzyskania korzystnych wyników w leczeniu nowotworów złośliwych energją promienistą"*.

W dyskusji zabierali głos: kol. Adamowicz (gość T-wa), kol. Blühbaum (gość T-wa), Doc. Miodoński, kol. Ślączka oraz kol. Chudyk.

Kol. Wachtel zaznacza, że próby poprawienia rezultatów radjoterapji raka, polegające na szukaniu szczególnych sposobów technicznych, nie dały dotąd rezultatu pomyślnego. Także i metoda leczenia polecana przez Regaud nie okazała się ani lepszą, ani gorszą od innych metod radjoterapji. Istotną poprawę będzie można osiągnąć dopiero po zbadaniu działania promieniowań na ustrój naświetlany, po odpowiednich studjach radjotechnicznych, po uwzględnieniu reakcyj specyficznych i ogólnych, które naświetlania sprowadzają w naświetlanym organizmie. Odnośne badania sa w toku.

W odpowiedzi zabrał głos Dyrektor Łukaszczyk.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 maja 1934, które odbyło się wspólnie z posiedzeniem naukowem i Walnem Zgromadzeniem Polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

Przew.: Doc. Dr. Józef Szymanowicz i Prof. Dr. Ludomir Korczyński.

Prezes, doc. Szymanowicz otwiera posiedzenie oraz wita przybyłych przedstawicieli Władz i prasy, poczem oddaje przewodnictwo w ręce Prof. Korczyńskiego.

W pierwszej części posiedzenia odbyło się Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. (Szczegółowe sprawozdanie ukaże się w „Przeglądzie Zdrojowo-Kąpielowym").

W części drugiej (naukowej) 1) Kol. Dr. Adolf Mester wygłosił odczyt *„O wartości leczniczej kompresów z borowiny niemirowskiej w schorzeniach gośćcowych"* — z Oddziału I. A. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie (Ordynator: Prof. Dr. Tempka). (Praca przeznaczona do druku).

Kol. Dr. J. Aleksiewicz (Iwonicz) wygłosił odczyt p. t.: *O uzdrowiskowem leczeniu gruźlicy kostnej*. (Przeznaczone do druku).

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9 maja 1934.

Przewodniczący: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

1) Doc. Dr. Jan Miodoński przedstawił przypadki z Kliniki Oto-rynolaryngologicznej U. J.

1. Przypadek ropnia móżdżku.
2. Przypadek po częściowej plastyce krtani.
3. Przypadek ciała obcego (igła) w okolicy przełyku.

(Przypadki powyższe będą opisane szczegółowo).

Wykład p. t. „O wyznaczaniu pola słyszenia przy pomocy otoaudjonu" odłożono, spowodu nie nadejścia aparatu, który miał być przytem pokazywany.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 maja 1934.

Przewodniczący: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

1) Kol. Dr. Bernard Osiek (gość T-wa) wygłosił odczyt p. t.: *„Jak powinna być postawiona opieka nad noworodkami w zakładach położniczych. — O profilaktykę przeciwkiłową i przeciwgruźliczą na terenie Krakowa"*. (Z oddziałów szpitala św. Łazarza w Krakowie VIII-go, Ordynator Dr. J. Gołąb i XII-go, Ordynator Prof. Dr. A. Rutkowska). (Streszczenie prelegenta):

Sprawa opieki nad noworodkami w instytucjach położniczych leżała długi czas gorszącym ugorem. Brak zainteresowania dla tej dziedziny ze strony lekarzy chorób dziecięcych był przyczyną powyższego zjawiska. Warunki zaś, wśród których noworodki bytowały w zakładach położniczych, i szkody, jakim one tam podlegały na skutek błędów w pielęgnacji i w żywieniu, domagały się rychłej i koniecznej reformy.

Dokonuje się to zagranicą w latach wojennych. W Polsce od roku 1922. Pierwszą inicjatywę dali położnicy, z krakowskich Prof. Marek-Rutkowska memorjałem z roku 1918 do rządu austrjackiego w sprawie ustanowienia etatu lekarza-pedjatry w krakowskiej Szkole Położnych. Z pedjatrów polskich pierwsza kruszy kopje w tej sprawie znakomita znawczyni problemów noworodka p. Doc. Marta Erlich w r. 1922.

Od tego czasu coraz bardziej ujawnia się czynne zainteresowanie powyższą sprawą wśród pedjatrów. Pojawiają się też liczne publikacje z tej dziedziny, co wszystko sprawia, że akcja reorganizacyjna, tycząca noworodków w zakładach położniczych, posuwa się systematycznie naprzód.

Działalność konsulenta-pedjatry zwróciła się głównie przeciw tej grupie schorzeń noworodka, które możemy zwalczać przez należyte traktowanie noworodków. Noworodek wymaga całkiem specjalnych zachodów i starań. Żadne stworzenie nie jest tak bezradne po urodzeniu, jak człowiek, i tak zależnem od pomocy osoby drugiej. Rola przeto pielęgnacji jest w pedjatrji całkiem specjalnej i kapitalnej doniosłości.

Oddział pediatryczny szpitala św. Łazarza, kiedy w roku 1932 przy niezwykle życzliwem ustosunkowaniu się p. prof. Rutkowskiej i prym. Gołąba, a współpracy dr. Spoczyńskiej przystępował do reorganizacji oddziału noworodków przy szkole położnych — zażądał spełnienia całego szeregu postulatów. Na czoło ich wysunięto osobne sale dla oseskòw. Uzyskano ich dwie. Są one ciasne, pozwalają jednak na oddzielenie dzieci od matek, co jest niezmiernie pożądane i konieczne.

Postulat osobnej pielęgniarki dziecięcej dotychczas nie został jeszcze zrealizowany, głównie z przyczyn natury finansowej. Natomiast duży nacisk kładzie się na kształcenie przyszłych położnych w zasadach pielęgnowania noworodka. Obok bowiem lekarzy i zawodowych pielęgniarek, akuszerki obecne podczas każdego porodu i rozsiedlone po całej Rzeczypospolitej, stanowić muszą fundament racjonalnej opieki nad noworodkiem.

Wyniki dotychczasowej pracy w zakładach położniczych są bardzo dodatnie, jak to potwierdzają dane statystyczne.

Uprawianie profilaktyki przeciwkiłowej i przeciwgruźliczej jest ze względu na brak odpowiednich urządzeń w Krakowie prawie niemożliwe. Natomiast w obecnej działalności chodzi o zapewnienie noworodkowi po opuszczeniu zakładu położniczego nadal dobrej opieki, a to przez kształcenie matek w czasie ich pobytu w szpitalu w kardynalnych zasadach pielęgnowania noworodka oraz przez skierowywanie ich do odpowiednich poradni dla niemowląt.

W dyskusji Doc. Szymanowicz podnosi dodatnie strony współpracy położnika z pedjatrą, zwłaszcza w szkołach położnych, gdzie współpraca ta ma ogromne znaczenie dydaktyczne. Młode bowiem położne, przepojone racjonalnemi zasadami pielęgnowania noworodków nie propagują przestarzałych a niejednokrotnie zabobonnych zwyczajów w praktyce pozazakładowej.

Następnie zabierali głos Kol. Bernaciński dwukrotnie, Prym. Dr. Gołąb dwukrotnie, Kol. Glasner, Kol. Blasberg, Kol. Rubinstein i *w odpowiedzi* Kol. Osiek.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 23 maja 1934.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Maksymiljan Blasberg.

Przewodniczący odwołuje posiedzenie naukowe z dnia 30-go maja i zapowiada, że 6-go czerwca odbędzie się uroczyste posiedzenie Towarzystwa, ku uczczeniu pamięci Emila Roux i Alberta Calmette.

1) Kol. Dr. Józef Spira (Ordynator Oddziału laryngologicznego szpitala Izraelitów w Krakowie) wygłosił krótki wykład p. t.: *„Leczenie gruźlicy krtani lampą Wessely'ego"* z pokazem przypadku i lampy Wessely'ego (P. G. L. nr. 28, 1934).

W dyskusji Doc. Dr. Miodoński zwraca uwagę na niedostatecznie opracowane dane fizyczne lampy łukowej Wessely'ego, w przeciwieństwie do dokładnie zbadanego widma lampy kwarcowej i przypomina, że czas potrzebny do wywołania odczynu zapalnego w krtani naświetlanej jest znacznie krótszy przy użyciu lampy kwarcowej, aniżeli lampy łukowej.

2) Kol. Dr. A. Ślączka wygłosił wykład p. t.: *„Zagadnienie nerwicy urazowej"* (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos: Dr. Surzycki, Dr. Stryjeński, Dr. Kirschner i w *odpowiedzi* Dr. Ślączka.

Protokół uroczystego posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. J. Szymanowicz i Wiceprezes Dr. M. Blasberg.

1) Prezes Doc. Dr. Szymanowicz zagaił posiedzenie, wspomnieniem pośmiertnem, poświęconem pamięci wielkich uczonych Emila Roux i Alberta Calmette. Obecni wysłuchali stojąc przemówienia Prezesa.

2) Prof. U. J. Dr. Marjan Gieszczykiewicz wygłosił wykład p. t.: Działalność naukowa Emila Roux.

3) Dr. Filip Eisenberg (Dyr. Oddziału P. Z. H. w Katowicach) wygłosił wykład p. t.: „Działalność naukowa Alberta Calmette".

4) Prof. Em. U. J. Dr. Odon Bujwid wygłosił: „Wspomnienia osobiste z pierwszej epoki Instytutu Pasteura".

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1934 roku.

Przewodniczący: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Przewodniczący otwierając posiedzenie, wita licznie przybyłych na nie gości.

1) Przewodniczący w dłuższem przemówieniu zdaje sprawę z pobytu Delegacji Towarzystwa Krakowskiego na Walnem Zgromadzeniu Delegatów do Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji, które odbyło się w dniu 10-go b. m. w Morszynie Zdroju.

Zwracając uwagę na naturalne zalety Morszyna, przedstawia p. Prezes wspaniały rozwój i naprawdę amerykańską rozbudowę tego Zdroju, który już w niedługim czasie stanie się wzorowem zdrojowiskiem polskiem. Równocześnie przypomina mówca, że fundacja Morszyńska przeznaczona jest na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach, członkach T-wa Lekarzy Polskich b. Galicji i należenie do tego Towarzystwa daje możność korzystania kiedyś z dobrodziejstw fundacji. Dlatego też zachęca mówca do wpisywania się do Towarzystw Lekarskich wszystkich niezapisanych jeszcze kolegów.

2) Prof. Dr. Leon Wachholz wygłosił odczyt p. t.: „Historje niewesołe Akademji Krakowskiej w ubiegłych wiekach". (Praca przeznaczona do druku).

Obecni hucznemi oklaskami nagrodzili piękny wykład prelegenta.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Polskie Zrzeszenia Lekarzy W-dztwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 marca 1934 roku.

Przewodniczy: Kol. K. Fiedorowicz.

1) Kol. Bajenkiewicz demonstruje guz wycięty u chorej l. 42, operowanej w szpitalu, która zgłosiła się spowodu *nadmiernie zwiększonego brzucha i trudności w oddechaniu.* Chora wychudzona, nieznaczne obrzęki na stopach, gruczoły pachwinowe twarde, powiększone, brzuch przy obmacywaniu wykazywał chełbotanie, tylna ściana pochwy wypuklona, tylne sklepienie znacznie obniżone. Ponad bocznemi sklepieniami — twarde guzy. Laparotomja. Przy operacji wylało się około 10 l opalizującego płynu. Jelita usiane guzkami wielkości prosa, sieć w kształcie wałka zrośniętą z okrężnicą. Lewy jajnik przedstawia się jako guz walcowaty długości 10 cm, grubości 3 cm, prawy — o połowę mniejszy. Oba jajniki wycięto. Rana zagoiła się *per primam.* Ogólny stan niepomyślny. Rozpoznanie drobnowidowe guzów: przerzuty do jajników komórek raka walcowato-komórkowego, wydzielającego śluz (typ Krukenberga). W przypadku tym siedliskiem pierwotnem guza był narząd trawienia, narząd rodny nie wykazywał schorzenia i tylko dwuręczne badanie ustaliło guz jajnika. Rokowanie przy guzach Krukenberga niepomyślne.

2) Kol. Fiedorowicz demonstruje: 1. Chorego *po operacji tętniaka wrzekomego tętnicy udowej po ranie postrzałowej.* Tętniak był olbrzymiej wielkości, zajmował prawie całą tylko wewnętrzną powierzchnię uda. Podudzie i stopa były obrzęknięte, prawie zupełny bezwład kończyny. Operowany sposobem Antyllusa. Obrzęki i bezwład ustąpiły kompletnie.

3) Dr. Fryszman wygłosił wykład: *Istota i leczenia stanów nadkwaśności żołądkowej.* Prelegent definjuje nadkwaśność jako objaw chorobowy w rozmaitych schorzeniach przewodu pokarmowego. Opisuje skład treści żołądkowej. Metody określania kwasoty (próba Ewalda, badanie frakcjonowane), metoda Michaelisa, próba histaminowa. Postacie supersekrecji. Etjologja nadkwaśności. Rola chloru w powstawaniu nadkwaśności. Postacie nadkwaśności: gastralgiczne i niegastralgiczne. Różniczkowe rozpoznanie nadkwaśności, choroby wrzodowej, katar kwaśny żołądka. Leczenie nadkwaśności.

W dyskusji: Kol. Szylman podkreśla znaczenie hormonoterapji. Kol. Wróblewski — znaczenie używek. Kol. Kapłan znaczenie badania metodą frakcjonowaną.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 15 maja 1934.

Przewodniczy: Kol. Fiedorowicz.

1) Kol. K. Fiedorowicz demonstruje preparat *po wtórnej resekcji żołądka.* Trzy lata temu chory operowany spowodu wrzodu trawiennego przenikającego do trzustki z obfitemi krwotokami. Wykonano resekcję ze znaczną częścią głowy trzustki. Zespolono sposobem Reiche Poly'a dodatkiem enteroanastomozy. Bezpośredni późniejszy przebieg pooperacyjny pomyślny. Chory czuł się zupełnie zdrowym. Półtora doby przed obecnem wstąpieniem do szpitala wystąpiły nagłe bóle brzucha. Przy laparotomji znaleziono: przedziurawienie na miejscu byłego zespolenia i rozlane zapalenie otrzewnej. Dokonano zeszycia z łatką sieci, dodatkowa gastroenteroanastomoza. Bezpośredni przebieg pooperacyjny pomyślny. Na drugi dzień ruchy robaczkowe jelit, objawy zapalenia otrzewnej szybko ustępowały. Na piąty dzień otworzyła się przetoka żołądkowa, pokarm przyjmowany przez usta całkowicie wydzielał się przez ranę. Chory szybko tracił siły i tętno. Na 8 dzień bez znieczulenia dokonano wtórnej resekcji. Już przy zespalaniu zaczęło znikać tętno. Chory zmarł w 2 godz. po operacji.

2) Kol. A. Kenig demonstruje chorego, u którego *usunięto torbiel pęcherzowo-pępkową.* Chory l. 17, cierpiał od dzieciństwa na okresowo występujące wydzielanie się śluzowo-ropnego płynu w okolicy pępka. Od kilku lat dołączyły się zaburzenia pęcherzowe i częste moczenie. Przy badaniu stwierdza się pępek — duży wciągnięty lejkowato z obfitą wydzieliną śluzowo-ropną. Cewka i gruczoł krokowy bez zmian, pojemność pęcherza 350—400 cm^3. Ropomocz. Chromocystoskopja wykazuje przewlekły stan zapalny pęcherza i dobrą czynność obu nerek. Rentgenoskopja kontrastowa pęcherza moczowego wykazuje obecność niezbyt znacznego, stożkowatego wydłużenia szczytu pęcherza. Rozpoznanie — torbiel przewodu pęcherzowo-pępkowego, którą usunięto drogą operacyjną.

3) Kol. J. Kerszman demonstruje 7 przypadków *po operacji zeza zbieżnego.* Prelegent omawiając operację zeza podnosi, iż badania pola widzenia przed operacją tylko w bardzo ograniczonym zakresie dają wskazówki co do zabiegu. Gdy po 1. zabiegu nie otrzymujemy tuż po operacji pożądanego efektu, nie należy odrazu uciekać się do drugiego zabiegu, a raczej zaczekać parę tygodni, efekt bowiem pooperacyjny wzmaga się z biegiem czasu. Gdybyśmy więc jednorazowo dokonali nie jednego, a kilku zabiegów, moglibyśmy po kilku tygodniach otrzymać hiperefekt — zez rozbieżny, który pod względem kosmetycznym jest znacznie gorszym.

4) Kol. Walewski wygłosił referat: *o odczynie wiązania dopełniacza w rzeżączce.* Prelegent przedstawił wyniki badania krwi u obserwowanych przez siebie (w Szpitalu Św. Łazarza) 138 chorych, u których była wykonana gonoreakcja w P. Z. H. w Warszawie. Z badań tych wynika, że w rzeżączce ostrej cewki przedniej, lub rzeżączce ostrej cewki tylnej w 80% otrzymano wynik ujemny.

Inaczej przedstawia się sprawa przy powikłaniach rzeżączkowych: *arthritis gon., adnexitis gon., prostatitis —, spermatocystitis gon.* —, tutaj odczyn wiązania dopełniacza dał wynik dodatni w 100%, zaś w zapaleniu najądrza — w 90%. W grupie powikłań prelegent zreferował szczegółowo trzy przypadki: 1. kobiety leczonej dłuższy czas środkami wewnętrznemi spowodu obrzęku, bolesności i ograniczeń ruchów w stawie barkowym bez rezultatu, u której prelegent wobec dodatniego odczynu wiązania dopełniacza zastosował szczepionkę z wynikiem dodatnim. II. chorego gruźliczego, u którego podejrzewano rzeżączkę, lecz wobec ujemnego

odczynu wiązania dopełniacza po pewnym czasie stwierdzono gruźlicze zapalenie najądrza. Wreszcie przypadek chorego gruźliczego, u którego podejrzewano gruźlicę najądrza, lecz wobec dodatniego odczynu wiązania dopełniacza kilkakrotnem badaniem wydzieliny stwierdzono rzeżączkę. Spośród badanych w przewlekłej rzeżączce, na 14 badanych u 3 stwierdzono wynik dodatni, 1 — zaznaczony a u wszystkich chorych tej kategorji w rannej wydzielinie stwierdzono gonokoki: w rzeżączce wyleczonej na 16 chorych otrzymano u 8 chorych wynik dodatni i u tych chorych stwierdzono nawrót. Na zakończenie prelegent dochodzi do wniosku, iż wynik ujemny we krwi otrzymujemy, gdy sprawa dotyczy tylko błony śluzowej.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kerszman, Kahan, Salmonowicz, Terajewicz, Karwowski i prelegent.

Sekretarz: (—) *Dr. Czesław Karwowski.*

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, maj 1934 r.

Okólnik Nr. 14/34.

W sprawie ogłoszeń treści leczniczej.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r., wydanego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych, o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 11 poz. 96), normującego w § 5 sprawy ogłoszeń, zarządzam co następuje:

Przez wyraz „Ogłoszenie", użyty w okólniku niniejszym, należy rozumieć wszelkiego rodzaju podawanie do publicznej wiadomości zapomocą druku, obrazów lub ustnie (radjo) ogłoszeń, komunikatów i innych reklam dotyczących lecznictwa i sprzedaży środków leczniczych, preparatów odżywczych i przedmiotów użytku.

I. *Właściwość władz:*

Celem uniknięcia rozbieżności w stosowaniu postanowień art. 11 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 roku o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 712) oraz postanowień § 5 rozporządzenia Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r., wydanego w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 96), konieczne jest jaknajściślejsze przestrzeganie postanowień o właściwości władz, powołanych do wydawania zezwoleń na ogłoszenia treści leczniczej oraz zwolnień od obowiązku uzyskiwania tych zezwoleń.

W myśl postanowień § 5 ust. 10 wymienionego rozporządzenia zezwolenia na umieszczanie ogłoszeń oraz zwolnienia od obowiązku uzyskiwania tych zezwoleń wydaje zasadniczo wojewódzka władza administracji ogólnej tego terenu, na którym jest siedziba stała zarządu instytucji, przedsiębiorstwa lub miejsce zamieszkania osoby, zamieszczające ogłoszenie, albo w której interesie ogłoszenie ma być umieszczane.

Dla firm zagranicznych, mających przedstawicieli ze stałą siedzibą w Polsce, władzą właściwą będzie ta władza, na której obszarze działania jest siedziba tego przedstawiciela.

Jeżeli firma zagraniczna nie ma stałego przedstawiciela w Polsce, należy stosować w tych przypadkach postanowienia ust. 11; udzielone w trybie postanowień ust. 11 pkt. a) zezwolenia nie dają uprawnień do umieszczania lub powtarzania ogłoszeń na obszarach innych województw.

W przypadkach, wymienionych w ustępie poprzednim, zezwolenia na ogłoszenia na całym obszarze Państwa oraz zwolnienia od takich zezwoleń może wydawać jedynie Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę.

Zezwolenia, wymienione w ostatnich dwóch ustępach, zasadniczo nie powinny być wydawane na okres czasu dłuższy niż 3 miesiące. Zastrzeżenie to powinno być zaznaczone w zezwoleniu.

II. *Tryb postępowania.*

W myśl postanowień § 5 ust. 6 rozporządzenia na każde ogłoszenie treści leczniczej powinno być uzyskane zezwolenie właściwej wojewódzkiej władzy administracji ogólnej. Zezwolenie to uprawnia do ogłoszeń na całym obszarze Państwa na czas i w sposób, określony przez władzę wojewódzką. Zezwolenie zasadniczo powinno być udzielone na okres czasu nie dłuższy niż 6 miesięcy, po którego upływie osoba zainteresowana winna wystąpić o nowe zezwolenie.

Instytucje, przedsiębiorstwa lub osoby, starające się o uzyskanie zezwolenia, mogą do jednego podania załączyć dowolną liczbę wzorów ogłoszeń.

Władza, udzielająca zezwolenie, może uzależnić wydanie go od wprowadzenia odpowiednich zmian w treści i formie ogłoszeń.

Celem odciążenia władz od konieczności cenzurowania każdego ogłoszenia oraz celem udogodnienia instytucjom, przedsiębiorstwom i osobom reklamowania się, wojewódzkie władze administracji ogólnej mogą na podstawie postanowień § 5 ust. 8 wydawać ogólne lub częściowe zwolnienia, dające prawo ogłaszania bez potrzeby uzyskiwania każdorazowego zezwolenia. Przy wydawaniu zezwoleń należy zamieszczać zawsze klauzulę „do odwołania".

Gdyby strona, która uzyskała zwolnienie, miała wątpliwości, czy dane ogłoszenie nie spowoduje ze względu na jego treść lub formę cofnięcia udzielonego zezwolenia, może zwrócić się do właściwej władzy o uprzednie wypowiedzenie się co do dopuszczalności tego ogłoszenia.

O cofnięciu zezwoleń lub zwolnień władza cofająca obowiązana jest powiadomić wszystkie inne województwa (Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę) celem podania o tem do publicznej wiadomości przez ogłoszenie w dziennikach wojewódzkich.

Wojewódzka władza administracji ogólnej, wydająca zezwolenie w trybie postanowień ust. 11 a), powinna o tem zawiadamiać każdorazowo Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę celem sprawdzenia, czy Komisarjat Rządu nie załatwił odmownie podania strony w tej samej sprawie, stosownie do pkt. b. ust. 11. Gdyby taki przypadek zaszedł, Komisarjat Rządu niezwłocznie zawiadomi o tem zainteresowane województwo, które udzielone zezwolenie cofnie; w związku z powyższem zezwolenia tego rodzaju powinny być wydawane z zastrzeżeniem „do odwołania".

Podkreślam, że sprawy ogłoszeń należy z reguły traktować, jako terminowe, a to ze względu na ich charakter i ważny interes materjalny stron.

III. *Ocena dopuszczalności ogłoszeń.*

Celem umożliwienia jednolitej oceny dopuszczalności ogłoszeń należy kierować się następującemi wytycznemi:

Nie należy udzielać zezwoleń na ogłoszenia, listy dziękczynne, druki i reklamy:

1) dotyczące środków leczniczych, które nie uzyskały zezwolenia na ich obrót;

2) których treść lub forma zawiera informacje lecznicze, mogące wprowadzić w błąd publiczność;

3) zawierające wskazania lecznicze nieprawdziwe, nieodpowiadające działaniom danego środka leczniczego lub przypisujące mu niezgodne z prawdą cechy wyłącznej lub przesadnej skuteczności;

4) proponujące nadesłanie wskazówek, jak należy się leczyć;

5) opisujące objawy chorobowe lub ilustrujące choroby i ich skutki;

6) wskazujące jako źródła nabywania zakłady, przedsiębiorstwa lub osoby, nieuprawnione do detalicznej sprzedaży danego środka (np. wytwórcy);

7) opisujące skuteczność danego środka lub metody leczniczej we wszystkich lub zbyt różnorodnych chorobach; dozwolone jest jednak podanie lub stwierdzenie, w jakich dolegliwościach lub w jaki sposób dany środek ma zastosowanie;

8) preparatów odżywczych i przedmiotów użytku w formie, zawierającej wskazania lecznicze. Pod wskazania lecznicze w rozumieniu obowiązujących przepisów nie podpadają wskazania higjeniczne lub zapobiegawcze ogólnie znane lub niemające charakteru lecznictwa. Należy zabraniać ogłoszeń np. „mydło xy leczy egzemy", „krem xy usuwa wysypki skóry" lub t. p.; dozwolone są natomiast ogłoszenia np. „mydło (krem) wydelikaca skórę lub chroni ją przed pękaniem" i t. p.

Zezwolenia na ogłaszanie listów dziękczynnych powinny być wydawane po uprzedniem zasięgnięciu opinji właściwej izby lekarskiej i tylko jednorazowo.

IV. *Stosunek do prasy i przedsiębiorstw reklamowych.*

Dla prasy oraz przedsiębiorstw reklamowych dla umieszczenia ogłoszenia miarodajna jest okoliczność, czy strona, ogłoszenie dająca, uzyskała na to zezwolenie właściwej władzy lub została zwolniona od obowiązku uzyskiwania zezwolenia, lub wreszcie czy udzielone zezwolenie nie zostało cofnięte.

Celem uniknięcia niepotrzebnych nieporozumień z prasą i przedsiębiorstwami reklamowemi wskazane jest, aby zarządy wydawnictw prasowych i przedsiębiorstw reklamowych (teatry, kina, radjo, biura ogłoszeń i t. p.) były należycie o powyższem poinformowane.

Ogłoszenia w prasie fachowej, uznanej za taką przez właściwą wojewódzką władzę administracji ogólnej, zwolnione są od obowiązku uzyskiwania zezwoleń przewidzianych w § 5 ust. 6;

nie wyklucza to jednak potrzeby sprawowania nadzoru i możliwości cofnięcia tych uprawnień.

Do przepisów, które w myśl § 12 ust. 2 przestały obowiązywać w dziedzinie leczenia i sprzedaży lekarstw, należy zaliczyć odpowiednie przepisy, zawarte w końcowem zdaniu art. 7 Dekretu Prasowego z dnia 7 lutego 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 14, poz. 186).

V. *Zarządzenia przejściowe.*

Zezwolenia, wydane na ogłoszenia, nieodpowiadające wymaganiom nowych przepisów, powinny być unieważnione.

O ile instytucja, przedsiębiorstwo lub osoba zainteresowana udowodni, że ma zapasy reklam, których unieważnienie naraziłoby je na dotkliwe straty, Pan Wojewoda (Komisarz Rządu na m. st. Warszawę) może wystąpić do Ministerstwa Opieki Społecznej z wnioskiem o wydanie zezwolenia w drodze wyjątku na wykorzystanie posiadanych zapasów, o ile treść ich i forma nie odbiegają rażąco od wskazań, podanych w instrukcji niniejszej.

VI. *Ogłoszenia lekarzy i zakładów leczniczych.*

Ogłoszenia treści leczniczej, podawane do publicznej wiadomości przez lekarzy, będących członkami jednej z izb lekarskich, nie podlegają przepisom § 5, ich unormowanie bowiem na mocy postanowień § 11 przekazane jest izbom lekarskim w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską.

O ile przepisy nie zostały przez izby lekarskie wydane, to do czasu ich wydania, jak również do innego rodzaju ogłoszeń lekarzy i zakładów leczniczych, niż to przewidują postanowienia § 11, należy stosować zasady ogólne.

Normowanie przez izby lekarskie zasad ogłaszania się zakładów leczniczych nie narusza uprawnień wojewódzkich władz administracji ogólnej, wynikających z § 5 ust. 6 i 8 na zasadach ogólnych; władze, wydające zezwolenia, powinny brać pod uwagę normy, ustalone przez izby lekarskie.

Władze administracyjne nie są obowiązane do nadzorowania sposobu wykonywania przepisów i zarządzeń izb lekarskich, które to sprawy należą do wewnętrznego zakresu działania samych izb.

Jednocześnie uchylam okólnik Nr. 2/33 z dnia 28 stycznia 1933 r. o ogłoszeniach i reklamach treści leczniczej.

Minister (—): *Hubicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prof. A. V. Hill z Londynu został wybrany zagranicznym członkiem korespondentem Akademji Lekarskiej w Paryżu.

Prof. G. Sanarelli, wybitny mikrobiolog rzymski, został wybrany członkiem zagranicznym Akademji Nauk w Paryżu na miejsce zmarłego prof. Cantacuzène z Bukaresztu.

Zmarli.

Dr. Juljan Aronsohn z Krakowa, długoletni wiceprezes Tow. lekarzy Krynickich, zmarł w Krynicy w 64 roku życia.

Dr. Józef Chomiczewski, ppłk.-lek. rezerwy, lekarz powiatowy w Radzyniu Podlaskim, zmarł w wieku 54 lat.

Dr. Karol Sternbach, emer. płk. W. P., lekarz Ubezp. Społ. zmarł w Krakowie w wieku 65 lat.

W Rzymie zmarł prof. Salvatore Ottolenghi, dyrektor Instytutu medycyny sądowej i wyższej szkoły policyjnej w Rzymie, uczeń Lombrosa.

Zmarł prof. M. Rosenstein, założyciel i dyrektor instytutu profilaktyki neuropsychjatrycznej w Leningradzie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

W Tokio odbył się IX Zjazd japońskiego towarzystwa lekarskiego Nippon Iggakai, skupiającego wszystkich lekarzy dalekiego Wschodu. W zjeździe wzięło udział 5.000 lekarzy z Japonji, Chin, Mandżurji i Indyj. Główne tematy poświęcone były wojskowym zagadnieniom sanitarnym. Przewodniczący dr. Irizawa w przemówieniu inauguracyjnem podkreślił postępy dokonane przez medycynę japońską, zaznaczając, iż na przyszłość narody Azji gotowe są podjąć wysiłki w celu ugruntowania nowej cywilizacji wschodniej, jeśliby — czego można się spodziewać — cywilizacja zachodnia miała ulec zagładzie.

XXXIV Kongres Urologów Francuskich rozpocznie się 8 października b. r. w Paryżu w salach Wydziału lekarskiego uniwersytetu. Przewodniczący prof. Heitz-Boyer. Informacje: M. O. Pasteau, 13 Avenue de Villars, Paris (7).

Od 29 lipca do 4 sierpnia b. r. odbywa się w Wiedniu międzynarodowy zjazd lekarzy, którzy studjowali we Wiedniu.

Różne.

Dla dosadniejszego potępienia wrogów diety mięsnej, używających swych wpływów politycznych dla propagowania zarzucenia mięsa, jako składnika normalnej diety człowieka zdrowego, porównuje ich C. von Noorden w artykule ogłoszonym w Med. Klin. nr. 25 z b. r. do inkwizytorów, skazujących na spalenie na stosie heretyków lub do... ludzi, którzy podyktowali pokój wersalski.

Instytut fizjologji Pawłowa nadawał audycję radjową, poświęconą pracom Instytutu. Jeden z bliższych współpracowników naukowych Pawłowa (pismo specjalnie podkreśla, że jest to komunista, były „bezprizornik" (bezdomny) (Ref.) wygłosił odczyt, poczem ze specjalnego studja transmitowano przebieg doświadczeń nad odruchami warunkowemi u psa. Audycje, która trwała godzinę, transmitowano na wszystkie rozgłośnie Związku Sowietów.

Komunikaty.

Komitet Organizacyjny IX. Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego ma zaszczyt przypomnieć PP. lekarzom, że w sierpniu upływa termin zapisów na Zjazd. Ze względu na liczny napływ gości zagranicznych, pożądane byłoby przyspieszenie zapisów, gdyż w późniejszym terminie mogą wyniknąć pewne trudności z wyszukaniem kwater i t. p. Zgłoszenia na Zjazd należy przesyłać do Biura Zjazdu — Warszawa, ul. Chocimska 24. Składkę członkowską w sumie 35 zł należy przekazywać na konto Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Nr. P. K. O. 16.764. Ministerstwo Komunikacji przyznało uczestnikom Zjazdu zniżki kolejowe. Będą one ważne od dnia 30 sierpnia do dnia 16 września i wynoszą 50% od obecnie obowiązującej taryfy na przyjazd do Warszawy i spowrotem do miejsc zamieszkania. Dla uczestników Zjazdu mogą być zarezerwowane pokoje w hotelach: Bristol — Krakowskie Przedmieście 42, Europejskim — Krak. Przedm. 13, Polonia — Palace — Aleje Jerozolimskie 39, Angielskim — ul. Wierzbowa 6, Brühl — Fredry 12, Royal — Chmielna 31, Rzymskim — Marsz. Focha 1, Savoy — Nowy Świat 28, Terminus — Chmielna 46/8, Victoria — Jasna 26 i w pensjonacie p. Z. Wojciechowskiej — Kredytowa 9. Komitet poczynił również starania, aby zapewnić uczestnikom Zjazdu tańsze kwatery: w Hotelu Sejmowym — Wiejska 4/6/8, w Domu Akademiczek — Górnośląska 14 (dla pań), w Domu Akademickim — ul. Akademicka 5 (dla panów) oraz w innych ogniskach. Zgłoszenia na mieszkanie należy kierować do Polskiego Biura Podróży „Orbis", Warszawa, ul. Ossolińskich 8. Przypominamy również, że obrady odbędą się w dn. 4, 5, 6 września; w dn. 7 września — zwiedzania; 7 września wyruszą wieczorem wycieczki I i II; 8-go rano III. I wycieczka do Krakowa i Zakopanego; II — do Lwowa i Worochty; III — do Ciechocinka, Torunia i Gdyni. Wycieczki będą korzystały ze zniżek kolejowych od 50% do 60% w zależności od liczby osób. W przybliżeniu koszt wycieczek wynosi: na I około 140 zł, na II — około 120 zł, na III — około 85 zł od osoby. Zapisy na wycieczki będą przyjmowane przez biuro „Orbis", zainstalowane w siedzibie obrad — Filharmonja, ul. Jasna 5. Biuro Zjazdu do dnia 31 sierpnia będzie czynne przy ul. Chocimskiej 24, tel. 8-77-58. Od dnia 1-go września Sekretarjat Zjazdu będzie czynny w Filharmonji, ul. Jasna 5, tel. 584-25.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.